

Faculté de Médecine de Paris

Année 1895

THÈSE

N°

177

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 7 mars 1895, à 1 heure

Par PIERRE JAMMES

Né à Lalinde (Dordogne), le 21 février 1855

L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

(Loi du 15 Juillet 1893)

Président : M. BROUARDEL, professeur.

*Juges : MM. TARNIER, professeur.
BUDIN, NETTER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, rue Racine, 15

1895

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
Clinique médicale.	G. SEE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	N. LATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER.	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTNERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Faculté de Médecine de Paris

177

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

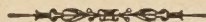
Présentée et soutenue le jeudi 7 mars 1895, à 1 heure

Par PIERRE JAMMES

Né à Lalinde (Dordogne), le 21 février 1855

L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

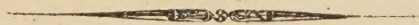
(Loi du 15 Juillet 1893)



Président : M. BROUARDEL, professeur.

*Juges : MM. { TARNIER, professeur.
 { BUDIN, NETTER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1895

TABLE PAR CHAPITRE

Avant-propos.....	5
I. — Historique.....	7
II. — L'assistance médicale gratuite devant le conseil supérieur de l'assistance publique.....	15
III. — Congrès international d'assistance publique ; Paris, 1889.....	26
IV. — L'assistance en France avant la loi du 15 juillet 1893.....	36
V. — Projet de loi sur l'assistance médicale déposé par le gouvernement le 15 juin 1890.....	48
VI. — L'assistance médicale gratuite devant la Chambre des Députés.....	55
VII. — L'assistance médicale gratuite devant le Sénat.....	66
VIII. — Loi sur l'assistance médicale gratuite du 15 juillet 1893.....	72
IX. — Circulaire ministérielle aux Préfets sur l'application de la loi du 15 juillet 1893.....	85
X. — Opinion de la presse médicale, du Congrès de Lyon (1894), des associations médicales sur la loi du 15 juillet 1893.....	93
XI. — Réflexions personnelles sur la loi du 15 juillet 1893..	104
XII. — Le médecin des pauvres.....	119
XIII. — Systèmes d'assistance à domicile. Honoraires médicaux.....	130
XIV. — Règlements pour l'application de la loi du 15 juillet 1893, adoptés par le conseil supérieur de l'assistance publique.....	144
XV. — Assistance hospitalière.....	15
XVI. — Organisation de l'assistance médicale gratuite dans les départements.....	165

AVANT-PROPOS

La thèse est pour le jeune Docteur le couronnement de ses longues années de travail, la consécration finale de ses succès, l'arrivée au port si souvent entrevue, si impatiemment attendue après un voyage quelquefois périlleux, toujours difficile ; c'est aussi le champ ouvert aux beaux projets d'avenir, aux riantes perspectives ; c'est la métamorphose de l'étudiant devenu tout à coup quelqu'un, pouvant occuper dans la société une place qu'il ne tient qu'à lui de rendre, non pas lucrative, mais honorable et respectée.

Pour nous, qui commençons à descendre la pente souvent si rapide de la vie, les illusions, les visions délicieuses et quelquefois trompeuses ne sont plus, nous avons appris à connaître les dures conditions de l'existence, et notre seule ambition est de mettre notre bien modeste savoir au service des pauvres, dont nous avons voulu dans ces pages proclamer les titres à la charité, à l'assistance.

C'est ce travail bien imparfait, mais inspiré par un sentiment vrai et sincère de pitié pour le malheur que je veux ici, selon l'usage, offrir à tous ceux qui me sont chers.

A la mémoire de mon père, de mon beau-père.

A ma femme et à ma mère. Comme témoignage de tendre affection.

A ma fille Madeleine et à mon fils Etienne. Comme souvenir de ma vie toute de travail.

Heureux si j'ai pu les apitoyer aux souffrances et aux peines d'autrui.

A tous mes parents dispersés çà et là, que je réunis ici, comme dans un grand jour de fête, pour leur dire mon affectueux attachement.

A tous mes amis et camarades, à tous ceux qui m'ont témoigné si souvent leur attachement.

A mes amis et voisins les D^{rs} Guerlou, Carrié, Beauchamps, Coulaud, Linarès et Melon.

Au D^r Clament, député de la Dordogne, comme expression de ma vive amitié.

A MM. Mascle, préfet de la Dordogne et Lombard sous-préfet de Bergerac, comme remerciements de leur aimable sympathie.

A tous mes collègues du Conseil général de la Dordogne.

A M. le D^r Ferré, professeur de médecine expérimentale à la Faculté de Médecine de Bordeaux, pour les bienveillantes attentions qu'ils m'a prodiguées.

A mon compatriote M. le D^r Testut, Professeur d'anatomie à la Faculté de Médecine de Lyon. Mon camarade de jadis, mon maître si distingué d'aujourd'hui, auprès duquel j'ai trouvé un si gracieux accueil.

A M. le D^r Brouardel, membre de l'Institut, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris, Professeur de médecine légale, Commandeur de la Légion d'honneur pour le grand honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de ma thèse.

L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

(Loi du 15 Juillet 1893)

I

HISTORIQUE

L'assistance des indigents, des malades, des infirmes, des vieillards a dû exister dans tous les temps, soit qu'elle fût privée ou publique.

Il a dû en effet se trouver à toutes les époques des natures bonnes, généreuses, charitables, que le malheur, les souffrances, la pauvreté d'autrui a attendri et qui ont consacré une partie de leur superflu de leur nécessaire même, au soulagement des infortunes humaines.

Les Grecs et les Romains faisaient des distributions de vivres et d'argent à leurs indigents et venaient, dans certains cas, en aide aux vieillards et aux infirmes. Les peuples de l'Orient, les Hébreux, en particulier, pratiquaient la charité sur une grande échelle, car elle revêtait chez eux le caractère d'une prescription religieuse.

Mais l'état d'infériorité dans lequel la femme était relé-

guée, l'esclavage qui pesait sur la plupart des peuples, excluait bien souvent toute idée d'assistance mutuelle.

Avec le christianisme, qui proclama la fraternité entre les hommes et fit de la charité une des premières vertus, se développèrent les idées de bienfaisance et se multiplièrent les institutions charitables. Les premiers asiles ouverts à la souffrance s'élevèrent en Orient et de là se répandirent en Occident. Le premier hôpital que posséda Rome fut fondé par Fabiola, petite fille de Fabiens, 400 ans après Jésus-Christ. Ce fut elle qui fonda quelques années après le premier asile des convalescents.

L'assistance à domicile prit dès les premiers siècles une grande extension, et les hôpitaux se multiplièrent tellement par la suite sous l'impulsion du clergé devenu puissant et riche qu'au moyen-âge, à la fin des croisades, il en existait en France plus de deux mille (hôpitaux, hospices, maladreries, léproseries), dont beaucoup, il est vrai, étaient peu importants.

A différentes époques on a cherché par des lois religieuses ou civiles à organiser l'assistance des pauvres et à la rendre obligatoire de la part des Eglises, des paroisses ou des communes. Le clergé institua des *diaconies*, sortes de bureaux de pauvres dirigés par des diacres et plus particulièrement affectés à secourir les indigents et à visiter les malades et les prisonniers.

Plusieurs conciles, celui d'Orléans en 511, et celui de Tours en 567, réglementèrent ces institutions charitables entièrement entre les mains du clergé et considérées comme un devoir social à la charge de la paroisse. Il faut arriver à Charlemagne pour constater l'apparition du pou-

voir civil dans les questions de bienfaisance, dont le clergé possédait auparavant le monopole. La Royauté rivalisa alors avec l'Eglise pour alléger la misère en prenant comme base des secours publics le dogme de l'assistance communale ou paroissiale. Dans une de ses ordonnances Charlemagne confia l'administration du bien des pauvres aux comtes et aux évêques, obligeant en même temps chaque cité à pourvoir à leurs besoins et chargeant ses *missi dominici* d'assurer l'exécution de ses décisions.

Mais peu à peu la misère et, à sa suite la mendicité, s'étendent comme une plaie hideuse sur la société du moyen-âge; aussi, en même temps que les hospices et hôpitaux se multiplient pour recueillir les incurables et les malades, Louis IX d'abord et plus tard François I^{er} sont obligés d'édicter des lois sévères contre la mendicité; c'est que le mendiant constituait alors un véritable danger social. Un édit de Henri II, tout en faisant revivre l'ordonnance de 1536, qui charge chaque paroisse de l'entretien de ses pauvres, défend à tout mendiant d'aller d'une paroisse dans l'autre sous peine du fouet. Sous Louis XIV on les enferma dans des hospices, et c'est sous l'influence des mêmes préoccupations que sous le premier empire on créa les dépôts de mendicité.

Enfin dans nombre de villes, des confréries d'arts et métiers se dévouaient aussi aux soins des pauvres et des orphelins, et à ceux de leurs membres qui étaient malades, et rivalisaient de zèle avec les associations religieuses. Ce fut l'origine des associations de secours mutuels.

Mais malgré tous les efforts des pouvoirs publics et du clergé, malgré les dons, les fondations privées, l'assistance

était à l'état rudimentaire et un des premiers soins de la Constituante fut de mettre la question à l'étude.

Larochefoucauld-Liancourt donna lecture, le 15 juillet 1790 de son célèbre rapport contenant les appréciations magistrales suivantes : « Jusqu'ici, dit-il, l'assistance a été regardée comme un bienfait, elle n'est qu'un devoir ; mais ce devoir ne peut être rempli que lorsque les secours accordés par la société sont dirigés vers l'utilité générale. C'est un devoir impérieux, c'est un devoir commandé par le droit naturel à la société, auquel elle ne peut jamais manquer... Tout ce qui n'est pas nécessaire est interdit à une nation qui, dans la distribution des secours, ne doit opérer qu'un acte de justice... Insuffisance de secours, c'est cruauté, barbarie, manquement essentiel aux devoirs les plus sacrés. Assistance superflue, c'est destruction des mœurs, de l'amour du travail, c'est désordre, c'est injustice enfin puisque c'est l'emploi des fonds publics par delà l'exacte nécessité... L'aumône donne une prime à l'oisiveté, anéantit l'émulation et appauvrit l'État... Le travail est un devoir envers la société, la société doit donc exiger que ce travail soit rempli. »

Mais ces principes si admirablement posés ne purent être appliqués.

La Convention voulut faire de l'assistance jusque-là communale ou privée un devoir social, et décida que la nation prendrait désormais à sa charge les secours publics. Elle vota la loi du 14 Vendémiaire an II, dont l'article 18 portait que : « Tout malade domicilié de droit ou non qui sera sans ressources sera secouru ou à son domicile de fait ou dans l'hospice le plus voisin. »

Mais les ressources nécessaires à l'application de cette loi ne furent pas votées, l'assistance ne fut pas appliquée.

Sous le Directoire parut la loi du 7 frimaire an V, qui organisa les secours à domicile et créa les bureaux de bienfaisance, préleva le droit des pauvres sur les spectacles, et rendit aux communes l'administration des hospices.

Les régimes qui suivirent, au lieu de laisser au compte de l'État les charges résultant de l'organisation de l'assistance, abandonnèrent aux communes, aux départements ou à la charité privée le soin d'organiser et de rétribuer les services de secours publics.

A défaut d'une loi se créèrent peu à peu en France des services locaux de médecine gratuite. Ce fut le Bas-Rhin qui donna le premier exemple en 1810, puis vint la Moselle en 1823, le Haut-Rhin en 1825, la Haute-Saône et la Saône-et-Loire en 1843.

Enfin en 1847, il se produit des créations nombreuses sous l'impulsion des administrations départementales, et à la suite du mouvement provoqué par l'enquête ouverte, par M. de Salvandy, dans toute la France, en vue du dépôt d'un projet de loi sur l'assistance publique.

Le projet de M. de Salvandy comportait l'établissement d'un service médical rural « institution dans chaque canton par les Préfets sur la demande des communes et après délibération du conseil général d'un ou plusieurs médecins chargés de visiter les indigents, de porter secours aux malades atteints par les épidémies, de vacciner gratuitement ».

Le traitement de ces médecins devait être pris sur les revenus des bureaux de bienfaisance et des communes avec participation du département dans les dépenses. Mais

la révolution de février empêcha la Chambre des Députés d'adopter cette loi déjà votée par la Chambre des Pairs.

La deuxième République inscrivit dans sa constitution le droit à l'assistance et M. Dufaure déposa au nom du Gouvernement un vaste projet de loi sur l'assistance publique. Un rapport très remarquable de M. Thiers fut tout ce qui sortit de ce projet. Le même sort était réservé à la proposition de M. Bertholon, ayant pour objet : « l'établissement dans tous les départements d'un service médical en faveur des indigents de la campagne pour suppléer par des soins à domicile et par la distribution gratuite des médicaments au défaut d'hospices, de bureaux de charité ou de dispensaires dans les cantons ruraux ».

Par la loi du 7 août 1851, des modifications importantes furent apportées à l'assistance hospitalière.

L'empire, qui devait cependant beaucoup au peuple des campagnes, s'est borné à donner des conseils et à exprimer des vœux (circul. du 15 août 1854 et 22 août 1855) ; il ne se produisit que des créations locales plus ou moins spontanées de services médicaux qui existaient, à cette époque, sous des formes variées, dans 45 départements où ils donnaient de très bons résultats, ainsi que le constatait en 1868 un rapport présenté au ministre de l'intérieur, au nom du comité consultatif d'hygiène : « On peut conclure dès à présent que l'assistance médicale publique à domicile est une œuvre qui répond à des besoins formels des populations ».

Après l'avènement de la troisième république, dès que les malheurs de la guerre permirent de songer à la réorganisation du pays, l'assemblée nationale se préoccupa des

inégalités de situation existant entre les indigents des villes et ceux des campagnes.

M. Lestourgie, le 31 août 1871, M. Tallon, le 24 mars 1872, MM. Théophile Roussel et Morvan, le 9 juillet 1872, déposèrent des propositions de loi ayant pour objet l'organisation de l'assistance médicale dans les campagnes et dans les localités dépourvues d'un service public de secours médicaux pour les indigents. Le projet Roussel se distinguait par l'obligation de l'assistance et la répartition des dépenses entre l'État, les départements et les communes.

Toutes ces propositions furent envoyées à une commission qui ouvrit une vaste enquête et adressa un questionnaire aux conseils généraux, d'arrondissement, aux associations médicales, aux établissements hospitaliers, commissions administratives des bureaux de bienfaisance. Le 4 août 1874, M. Tallon déposait un rapport au nom de cette commission et le projet de loi élaboré à la suite de cette grande consultation fut voté en première lecture le 7 janvier 1875. Mais l'assemblée nationale se sépara sans avoir procédé à la deuxième délibération.

En 1876, M. R. Waddington déposait un rapport sur deux propositions de loi présentées, l'une par M. Roussel, l'autre par MM. Waddington, Thiessé et Savoye.

Discuté en deuxième délibération le 22 février 1877, le Ministre des Finances protesta au nom de la situation financière de l'État, contre le vote d'impôts nouveaux destinés à assurer l'exécution de la loi, ce qui donna naissance au contre-projet de Sonnier, qui substituait la faculté à l'obligation pour les communes de s'imposer pour l'assistance médicale.

La commission à laquelle le contre-projet fut renvoyé, proposa une nouvelle rédaction qui laissait aux communes la faculté de voter deux centimes additionnels pour l'organisation de l'assistance des indigents malades.

C'était la négation de la loi, que ses auteurs eux-mêmes abandonnèrent aussitôt.

En 1886, le 13 mai, M. Martin Nadaud déposait à son nom et au nom d'un grand nombre de ses collègues une proposition de loi sur l'organisation de l'assistance, qui n'arriva qu'à être prise en considération.

A partir de 1886, le Gouvernement préoccupé de la lenteur apportée à la refonte de nos lois d'assistance, se décide par une série de décrets à opérer plusieurs réformes des plus importantes. Par un premier décret du 4 novembre 1886, il réunit en un seul faisceau les fragments épars de nos services charitables par la création au Ministère de l'Intérieur d'une direction comprenant les services de l'enfance, celui des aliénés, ceux des établissements d'assistance et de charité.

Par un second décret du 14 avril 1888, il institue le conseil supérieur de l'assistance publique, et enfin par un troisième décret, du 5 janvier 1889, il rattache à l'assistance le service d'hygiène et de la santé publiques.

Cette transformation dans l'organisation de nos institutions d'assistance eut pour conséquence l'élaboration par le conseil supérieur de l'assistance publique de résolutions devant servir de base au projet de loi sur l'assistance déposé par le Gouvernement.

II

L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE DEVANT LE CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Le conseil supérieur de l'assistance publique était à peine institué que le directeur de l'assistance publique adressait au ministre de l'intérieur un rapport indiquant la situation de l'assistance médicale en France, établie d'une façon rudimentaire, facultative, et laissant aux autorités locales toute latitude pour abandonner à lui-même, sans médecin, sans médicaments, un indigent en proie à une affection aiguë, mettant ses jours en danger.

Ce droit à l'abandon des indigents malades devrait faire place à l'obligation légale de l'assistance. C'est un devoir humanitaire et social en même temps qu'un intérêt économique, résultant de la conservation des existences et de la vigueur des travailleurs. L'assistance médicale de ces derniers est en effet le moyen d'entretenir et de conserver le premier des engins de la production : l'homme.

L'essentiel est pour M. le Directeur de l'Assistance d'admettre le principe de l'obligation. Ce point acquis, il faut laisser aux départements et aux communes pour l'application de ce principe toute la latitude compatible avec un fonctionnement régulier de l'assistance médicale. « Toutes

les fois qu'on le peut, il y a de grands avantages, dit M. Monod, à ne pas assujettir les œuvres de l'assistance publique à un cadre et à des procédés uniformes, à ne pas contrarier les habitudes locales, à ouvrir un libre champ à l'initiative des assemblées départementales et des conseils municipaux; ils institueraient le service dans des conditions permettant d'obtenir avec le moindre chiffre de dépenses la plus grande somme de résultats.

C'est ainsi qu'ils délimiteraient les circonscriptions, fixeraient le taux de la rétribution des médecins, les payeraient par bulletin ou par abonnement, régleraient en un mot toute la marche du service. Encore faudrait-il que ce service fonctionnât d'une manière effective, que le degré de l'assistance reconnu indispensable fût assuré à la population indigente; le respect de l'initiative des pouvoirs locaux au point de vue de l'organisation de l'assistance médicale ne saurait aller jusqu'à la tolérance d'une organisation manifestement insuffisante. Ce serait la négation même du principe posé.»

Ce rapport fut transmis pour examen le 10 juin 1888, par le Ministre de l'Intérieur au conseil supérieur de l'assistance publique, qui chargea sa deuxième section d'étudier les réformes à apporter à l'assistance publique.

M. le Dr Dreyfus-Brissac désigné comme rapporteur des délibérations de la deuxième section présenta au conseil supérieur un exposé complet et très remarquable de la question. Nous ne pouvons donner qu'un rapide aperçu d'un travail si étendu et si approfondi.

Il est inutile de faire ressortir les lacunes et les déficiences de l'organisation de l'assistance publique dans les

campagnes, si tant est qu'on puisse appeler une organisation l'état de choses qui existe actuellement dans beaucoup d'endroits, dans presque toutes les campagnes il n'y a pas d'assistance médicale à proprement parler. Quant à l'assistance hospitalière elle est non-seulement limitée aux grands centres, mais encore quand elle existe, on la trouve le plus souvent dépourvue de ressources. La cause de cette situation réside ordinairement dans l'impuissance où se trouvent les communes de subvenir aux frais d'une pareille organisation. C'est aussi pour cette raison que l'assistance pèse d'un si grand poids sur les grandes villes et en particulier sur la ville de Paris. Une réforme aussi profonde, aussi radicale que possible, s'impose à tous les esprits.

De quelle manière doit se faire cette réforme ? Quelles sont les grandes lignes du projet de loi que le Gouvernement désire proposer à cet effet ?

Doit-on, suivant en cela les anciens errements, laisser l'administration de l'assistance médicale au bon vouloir des autorités, soit communales, soit départementales ; ou, au contraire, faut-il indiquer que c'est l'Etat qui doit imposer l'obligation de cette assistance à tous et partout ?

Le confier au bon vouloir des administrations, c'est se condamner à un échec certain, qui tient souvent à l'incurie même de ces administrations, et en particulier à leur défaut de ressources. Il faut admettre dans sa rigueur le principe de l'obligation de l'assistance en ce qui concerne les indigents malades.

Il s'agit de savoir à quel membre de la famille nationale doit incomber la charge de cette assistance. Est-ce à la commune, est-ce au département, est-ce à l'Etat ?

Il semble qu'il ne peut y avoir de doute ; toutes les législations proclament la nécessité de l'assistance communale. Au point de vue du droit de la société, l'individu doit subvenir à tous ses besoins dans la mesure de ses forces et par son travail. Lorsqu'il est devenu incapable de se suffire à lui-même, par suite d'infirmités, de maladies, c'est à sa famille à lui venir en aide. Lorsque cette famille elle-même ne peut remplir cette tâche, il faut que l'action de la collectivité se fasse sentir.

C'est son intérêt comme c'est son devoir.

Or, la commune est une famille agrandie, la plus proche de la véritable famille et cela même implique le principe de l'assistance communale.

Ce principe de l'assistance communale peut se formuler ainsi :

« Les communes, à défaut de famille, doivent l'assistance aux nécessiteux malades qui y ont leur domicile de secours. »

Il est évident que la commune ne peut être astreinte à assister l'indigent que dans la mesure de ses propres ressources.

Si elle est incapable de subvenir à ses besoins, il faut que l'autorité supérieure lui vienne en aide. L'autorité supérieure, la famille plus vaste, placée immédiatement au-dessus d'elle, c'est le département.

Dans le cas où le département serait impuissant à accomplir ce devoir social d'assistance, c'est à l'Etat, la grande famille nationale par excellence, de dire son mot.

En dehors de ces faits, il est incontestable que l'assistance de la commune ne doit s'exercer que sur les indivi-

du qui vivent de sa propre vie. Elle doit être dégrevée de cette charge lorsqu'il s'agit d'un individu qui ne fait qu'y passer ou qui en est parti sans espoir de retour.

Ici se pose avec une rigueur absolue le principe du domicile de secours. C'est pour cela qu'on doit étudier aussi cette question au point de vue spécial de l'assistance médicale dans les campagnes.

Si c'est à la commune qu'incombe le devoir de l'assistance, il reste à savoir si c'est à elle aussi que doit incomber la mission d'organiser et de surveiller cette assistance.

Non les communes, non les syndicats eux-mêmes de communes sont incapables d'organiser des services aussi compliqués que ceux de l'assistance médicale.

S'il est possible à certaines communes ou à certains syndicats de communes d'établir un service régulier d'assistance médicale à domicile, il leur sera presque toujours impossible d'établir un service d'assistance hospitalière.

D'autre part, il faut que ce service soit surveillé et surveillé par l'Etat qui aura pour mission de l'imposer au besoin aux autorités communales ou au département si la commune est incapable d'y suffire.

Si on repousse l'organisation communale de l'assistance doit-on en charger l'Etat? Non, cette centralisation serait regrettable à tous les points de vue.

Pour organiser ce service il faudra s'informer des ressources locales; un système applicable à un département riche ne le serait pas à un autre département beaucoup plus pauvre. Dans certaines régions, il suffirait de créer çà et là de petits hôpitaux ou des dispensaires; dans d'autres les établissements hospitaliers pourront être moins

nombreux en raison de la facilité des communications :

L'administration départementale organisera ce service au mieux des convenances locales sans bouleverser ce qui est déjà fait avec le moins de dépenses possible.

Mais tout en laissant une grande latitude aux autorités départementales la loi future devra édicter certains principes dont elles devront s'inspirer dans l'élaboration de leurs règlements d'assistance.

C'est ainsi que la contribution communale ne devra jamais être fixée d'après le nombre des habitants de la commune ; car, en agissant ainsi, il arriverait que dès qu'une commune aurait versé sa cotisation dans la caisse du département, elle ne se ferait plus aucun scrupule de laisser assister non-seulement les indigents qui n'en ont pas un besoin très pressant, mais encore les personnes qui, par leurs propres ressources pourraient subvenir aux dépenses qu'entraînerait leur accident ou leur maladie.

Il est de toute nécessité que le nombre des indigents qui doivent être assistés soit un des éléments essentiels qui serviront à fixer la redevance communale en dehors, bien entendu, de la mutualité départementale dont ne devront profiter que les communes pauvres.

Quant au domicile de secours, il est triste de voir qu'à notre époque nous ayons encore une législation archaïque datant du moment où toutes les dépenses des pauvres étaient payées par l'Etat, et où le domicile de secours n'avait par conséquent qu'une importance relative.

Il faut que la loi de vendémiaire an VII soit modifiée pour permettre aux communes de ne payer que pour ceux dont elles sont réellement le lieu d'habitation.

Le mode actuel de fixation du domicile de secours comprenant des catégories bien différentes, il y a lieu de fixer à deux ans le terme au-delà duquel les communes pourront se considérer comme dégagées de toute responsabilité à l'égard de ceux qui n'y auraient pas habité pendant deux années.

Quant aux nomades, ceux dont la vie errante ne permet pas de fixer une résidence, il y a lieu d'appliquer un domicile de secours départemental, au cas où ils auraient séjourné deux ans dans un département et un domicile de secours national s'ils ne réalisent pas cette condition.

Le rapport comprend également l'étude de l'assistance à domicile dans les campagnes et de l'assistance hospitalière, bien que ces questions soient laissées à la latitude des conseils généraux. Il faut prévoir, en effet, le cas où une autorité départementale n'usant pas de la latitude laissée par la loi d'organiser l'assistance, l'État aurait à lui imposer d'office un règlement.

Enfin le rapporteur recommande à l'attention du conseil supérieur et de toutes les administrations départementales le système qui fonctionne si bien dans l'est et qu'on appelle système Vosgien. Ce système est excellent parce qu'il implique la liberté du malade indigent de choisir un médecin, la liberté du médecin et la rémunération du médecin proportionnelle aux services rendus.

En ce qui concerne les services hospitaliers, il est fait des propositions de création de circonscriptions hospitalières sans en fixer le nombre, aujourd'hui où on peut si facilement les restreindre à cause de la facilité des communications.

Un projet de loi établi sur les bases ci-dessus indiquées ne compromettrait aucune des organisations actuelles, tout en assurant le fonctionnement effectif de l'assistance dans les campagnes et en sauvegardant à la fois les droits de la société et les intérêts de l'individu.

Le Conseil supérieur n'avait pas à élaborer un projet de loi, mais une série de résolutions, de principes généraux devant inspirer et guider l'administration dans la rédaction des projets de loi sur l'assistance. Le travail préparé par la deuxième section vint en discussion devant le conseil supérieur qui y consacra deux séances : la première présidée par M. Léon Bourgeois, sous-secrétaire d'État, la deuxième par M. Roussel sénateur (1 et 2 février 1889).

L'unanimité du conseil fut d'avis d'inscrire en tête de la loi à intervenir, l'obligation de l'assistance.

M. le D^r Gestin demanda même que la loi obligeât les communes à créer des centimes spéciaux pour assurer le bon fonctionnement de l'assistance, mais M. Monod montra les dangers d'une contribution fixe, d'un contingent toujours égal ; ce serait arriver à augmenter dans une proportion énorme le nombre des indigents, la commune n'ayant plus aucun intérêt à restreindre ce nombre, ce résultat ayant d'ailleurs été atteint dans les Vosges.

Une discussion s'éleva entre MM. Lafon, Peyron, de Crisenoy, Straus, Dreyfus-Brisac, de Napias sur une proposition de M. le D^r Henrot ainsi conçue : « La commune qui n'aura pas assuré le service de l'assistance, devra l'organiser, soit par des efforts personnels, soit en se syndiquant avec d'autres communes. Dès que les communes se seront syndiquées, le Préfet sera chargé de

l'administration et de la surveillance de l'assistance. »

Ce serait, dit M. le D^r Peyron, désintéresser les conseils généraux de l'organisation de l'assistance dans les départements. Avec le système de M. Henrot, il resterait sans organisation la plus grande partie des communes, dont la richesse propre serait insuffisante pour satisfaire aux charges de l'assistance médicale.

M. H. Monod dit que le conseil a à donner son avis sur trois questions. Faut-il rendre obligatoire les dépenses du service de l'assistance ? Qui doit les supporter ? Comment ce service peut-il être organisé sur tout le territoire ? C'est à ces questions que la deuxième section a répondu en proposant une série de résolutions. « Nous ne voulons pas, dit M. Monod, détruire ni troubler ce qui existe et fonctionne bien. Nous ne visons qu'un but : assurer l'accomplissement du devoir social d'assistance des indigents malades là où il n'est pas accompli. J'admets donc que les communes puissent être autorisées à rester en dehors de cette organisation, pourvu que cet isolement ne soit pas un moyen détourné de se soustraire à l'obligation, pourvu que ces communes justifient que dans des conditions suffisantes, appréciées comme telles par l'autorité qui aura à approuver les règlements, elles satisfont au devoir de secourir les malades pauvres.

Alors toutes les communes ayant des ressources s'isolent : que pourront les autres ? Quels avantages de syndiquer des indigences ? Je réponds, et c'est encore un argument et un argument considérable en faveur de l'organisation départementale, que le service sera soutenu par une large subvention du département. C'est avec cette

subvention que la solidarité retrouvera le moyen de s'exercer, et que les communes riches, même celles qui resteront en dehors de l'organisation réglementaire viendront au secours des communes pauvres. »

Le Conseil supérieur a adopté les résolutions suivantes sur l'assistance médicale dans les campagnes :

I. — Les communes à défaut de la famille doivent l'assistance aux nécessiteux malades qui y ont leur domicile de secours. Plusieurs communes peuvent s'associer en syndicat pour remplir ce devoir social.

II. — Il doit exister dans chaque commune ou syndicat de commune un bureau d'assistance publique.

III. — Dans chaque département, le conseil général détermine par un règlement, au mieux des convenances locales, le mode de fonctionnement du service de l'assistance médicale des indigents. Ce règlement doit être approuvé par le Ministre de l'Intérieur après avis du conseil supérieur de l'assistance publique.

IV. — Les communes ou syndicat de communes qui justifient remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers leurs indigents malades, peuvent être autorisées, par une décision spéciale du Ministre de l'Intérieur rendu après avis du conseil supérieur, à avoir une organisation spéciale.

V. — Chaque année le conseil général fixe la part contributive des communes dans les dépenses d'assistance de leurs malades indigents, et la part contributive du département.

Il doit tenir compte des ressources de chaque commune et du nombre d'indigents portés par elle sur la liste de

ceux qui doivent recevoir gratuitement les secours médicaux et pharmaceutiques.

VI. — Les dépenses qui résultent pour les communes de l'application de l'article précédent sont obligatoires et peuvent être imposées d'office conformément à l'article 149 de la loi du 5 avril 1884.

VII. — La liste des indigents admis à recevoir gratuitement les secours médicaux ou pharmaceutiques est préparée par le bureau d'assistance et arrêtée par le conseil municipal.

VIII. — Au cas où un département n'aurait pas dans le délai fixé organisé son système d'assistance, le gouvernement doit lui imposer d'office un règlement. Il y a donc lieu de préparer à cet effet un règlement modèle.

Les dépenses résultant pour les départements de l'application du règlement fait par le conseil général ou imposé au département par le Gouvernement en exécution du paragraphe précédent sont obligatoires pour les dits départements et peuvent leur être imposées d'office dans les conditions de l'article 61 de la loi du 10 août 1871.

IX. — En ce qui concerne le secours à domicile, la section recommande, dès à présent les principes sur lesquels repose le système dit « *Vozgien* ».

X. — L'assistance médicale doit être organisée de telle sorte que chaque commune soit rattachée à un dispensaire ou à un hôpital. Les malades ne doivent être hospitalisés qu'en cas de nécessité.

III

CONGRÈS INTERNATIONAL D'ASSISTANCE PUBLIQUE; PARIS, 1889.

La première réunion internationale de citoyens s'intéressant aux choses de l'assistance publique a eu lieu en 1885 à Milan. Les travaux de ces congrès ont reçu peu de publicité; aussi a-t-il passé à peu près inaperçu et il était même ignoré d'un grand nombre des membres du congrès de Paris.

Ce dernier a eu un succès considérable; près de 400 souscripteurs de tous les pays étaient présents.

Le bureau était composé de MM. Roussel, sénateur, président, Bouneville, Chautemps, Monod, vices-présidents; Thulié; secrétaire général; Muteau; secrétaire-adjoint; Dreyfus-Brissac, Rollet, Teissier secrétaire des séances.

Séances générales. — M. Roussel ouvre la session du congrès, il dit ce qui a été fait en France pour l'assistance publique : loi du 7 novembre 1886, nomination du conseil supérieur, réunion à la direction de l'assistance, de l'hygiène et de la médecine publique. « Le bien, dit M. Roussel, n'a pas des frontières; les questions d'assistance sont d'un intérêt universel. C'est pourquoi nous avons convié nos

collègues étrangers et nous les remercions du fond du cœur, de leur justification à la sainte guerre, à celle que nous livrons à la misère et à la souffrance humaine. »

M. Thulié dit que le congrès se propose de rechercher par la comparaison des œuvres de l'étranger et la collaboration de tous ceux qui s'occupent de bienfaisance quels sont les meilleurs modes d'assistance publique.

M. Monod lit un mémoire sur l'assistance publique en France en 1889. Il rappelle cet aphorisme de la convention nationale : les secours publics sont une dette sacrée. Il montre la différence entre l'aumône et l'épargne sociale, entre la bienfaisance et l'obligation sociale et considère l'intervention de l'Etat à l'assistance comme l'application des principes de la justice et de l'intérêt social. On n'a, dit-il, encore rien fait législativement ou ce qu'on a fait est insuffisant. Tandis que l'enseignement est définitivement organisé, et a coûté 84 millions en 1887, on n'a pas fourni à l'assistance les garanties d'intérêt public qui justement constituent les bases des services réguliers sans lesquels rien ne subsiste. Il compare les épreuves de capacité que l'on exige des instituteurs à celles que l'on doit exiger de ceux qui appliquent les principes de l'assistance. Ne faut-il pas dans une société savoir à qui le principe de l'assistance obligatoire est dû à défaut d'autre assistance à l'indigent qui se trouve temporairement ou définitivement dans l'impossibilité physique de pourvoir aux nécessités de l'existence? Ne faut-il pas, tout en proclamant, s'il y a lieu, cette obligation, éviter d'affaiblir le stimulant au travail qui justement réside dans la crainte de manquer? Ne faut-il pas par conséquent savoir classer, définir, pré-

ciser les catégories de malheureux, distinguer les enfants, les malades, les vieillards ou les séniles? Ces exemples montrent nettement que l'assistance mérite les mêmes études et les mêmes sanctions législatives que l'enseignement. A ceux qui nous objecteront les dépenses, nous répondrons que la vie humaine est un capital et que suivant un proverbe chinois : « qui veut faire le bonheur des autres a déjà fait le sien. »

Le congrès avait quatre questions à discuter : 1° Dans quelle mesure l'assistance publique doit-elle avoir un caractère obligatoire? 2° Organisation méthodique de la bienfaisance; 3° Enfants assistés; 4° Assistance médicale. Nous ne nous occuperons ici que des première et quatrième questions.

PREMIÈRE QUESTION POSÉE. — Rapport de M. le Dr Regnard, inspecteur général de l'assistance publique.

Conclusions : Proclamer l'assistance obligatoire en affirmant la nécessité de l'appliquer dans tous les pays. M. Lefort propose l'amendement suivant : « Considérant que la société est fondée sur un échange de services, desquels résulte la nécessité de sauvegarder les intérêts de chacun, qu'il y a insuffisance de la part de l'assistance privée, que l'Etat seul peut arriver à une assistance efficace, que la classe la plus nombreuse et la plus pauvre est celle qui par son travail produit les richesses de la société, qu'il faut une loi prévoyant les conditions, voies et moyens de l'assistance, et déterminant la procédure administrative et légale, le congrès décide que l'assistance est obligatoire sous ces réserves. »

M. Raffalowich combat le rapport de M. Regnard comme soutenant un socialisme dangereux. Etablir un Etat-Providence omnipotent et omniscient est une utopie.

M. U. Trélat examine ce que sera l'assistance, ce que sera l'obligation et ce que seront les assistés. Il propose l'assistance obligatoire aux malheureux incapables physiquement dans tous les cas où le bénéfice social est évident, parce qu'alors il y a intérêt commun ; il ne saurait y avoir danger. Il faut que l'assistance soit organisée par l'État, parce qu'il faut une compétence parfaite à ceux qui, dans le cas particulier d'ordre médico-chirurgical, appliquent l'assistance. En outre l'État seul peut donner une judicieuse et efficace cohésion aux ressources.

MM. Monod, Roussel et Lefort, demandent que la discussion soit concentrée sur les deux propositions Regnard et Lefort, et que la division soit faite entre assistance aux gens valides et assistance aux gens incapables de travail.

MM. Henrot et Mays demandent la séparation des indigents valides et des indigents malades : aux premiers qu'on donne du travail, aux seconds des secours.

Les orateurs se rallient à la règle ci-après.

« L'assistance publique doit être rendue obligatoire par la loi en faveur des indigents qui se trouvent temporairement ou définitivement dans l'impossibilité physique de pourvoir aux nécessités de l'existence. »

QUATRIÈME QUESTION POSÉE. — Assistance médicale : Les assistants étrangers sont invités à fournir des indications orales sur ce qui se fait dans leur pays :

Mexique. — Assistance repose surtout sur l'initiative

privée ; l'État n'intervient que lorsqu'il s'agit de médecine ou de chirurgie. Mais il tend de plus en plus à prendre en mains les diverses formes d'assistance.

Portugal. — Assistance par l'État, par les départements et par l'initiative privée. Mais l'assistance publique n'est obligatoire que pour les enfants trouvés et dans une certaine limite seulement pour les indigents. L'élément religieux tient une grande partie de l'assistance.

Russie. — Organisation de l'assistance date de 25 ans. Elle est complètement basée sur la décentralisation administrative ; elle se fait par les conseils généraux du pays. Il existe des petits hôpitaux communaux de 15 à 20 lits et des médecins de districts ayant chacun de 50 à 60 kilomètres.

Roumanie. — Assistance ressemble à celle de France. On a organisé en 1839 de véritables ambulances allant donner des secours médicaux sous forme de consultations et distribuant des médicaments. Ces médecins ambulants touchent 1000 francs par mois, les médecins ordinaires de districts et d'arrondissement sont payés à raison de 500 francs à 600 francs. L'obligation des rétributions est à la charge des segments territoriaux. Des hôpitaux ruraux siègent au centre de certaines régions les plus peuplées.

Serbie. — Organisation analogue à la Roumanie, mais tout est dirigé par l'État. Au ministère de l'intérieur siège un conseil-directeur de médecins qui commande à l'assistance et aux services sanitaires. Il existe une hiérarchie de médecins des départements (rapports mensuels), des médecins d'arrondissement et des médecins de communes (rapports journaliers). Une inspection hiérarchique s'oc-

cupe de l'application des réglemens de médecine publique et d'hygiène. L'État est responsable des traitements qui sont rémunérateurs ; chaque contribuable donne 4 francs par an. Les paysans trop éloignés des centres d'assistance sont soignés, en temps d'épidémie, par des hôpitaux volants. L'assistance à domicile n'existe pas d'une façon régulière, on s'y transporte simplement en cas de besoin et les dépenses de la commune sont obligatoires en pareil cas.

Bohême. — Trois sortes de médecins : 1° Impériaux attachés à des services publics ; 2° d'arrondissement ou de district ; 3° les médecins privés. Chaque commune est obligée d'avoir un médecin payé par les fonds de la commune et au besoin par le pays. Les médecins privés comblent volontiers les lacunes. Les médecins des hôpitaux qui ne sont soumis à aucun service en dehors de l'établissement, se prêtent cependant aux exigences publiques. Il existe des hôpitaux de fondation, communaux et de l'État pour les indigents. Prix de la journée, 1 à 2 francs par jour.

Hongrie. — Secours à domicile obligatoires et à la charge de la commune ; tous les indigents des hôpitaux sont entretenus par les communes et quelquefois par l'État. Chaque commune, chaque département a son médecin, et il existe une hiérarchie organisée.

Autriche. — Assistance médicale se fait par une loi qui est le projet de loi jadis refusé en France. Chaque commune a un médecin pour ses indigents ou plusieurs médecins si elle est trop grande ; si la commune est trop petite ou forme des districts sanitaires en syndiquant

plusieurs communes. Le médecin est payé par 20/0 d'impôts directs, sinon le conseil provincial fournit une subvention destinée à compléter les sommes nécessaires à l'acquit des dépenses.

République Argentine. — Assistance existe depuis une cinquantaine d'années. Elle est cosmopolite comme le pays. Les bureaux de bienfaisance y sont organisés par des dames. L'assistance officielle date de 1883. Dans la partie où les communications sont faciles, dans la province de Buenos-Ayres, par exemple, il existe un médecin par arrondissement et de nombreux dispensaires gratuits. L'assistance à l'immigrant y est faite très largement et à tous les points de vue. Dans la campagne il existe des hôpitaux subventionnés par les municipalités, les provinces et le Gouvernement, et il y a obligation des communes à l'assistance.

Angleterre. — Assistance obligatoire existe depuis des siècles. Le « poor law », malgré les modifications successives qu'il a subies, fait peser sur les contribuables les plus lourdes charges sans diminuer le paupérisme.

Reconnaissance absolue du droit à l'assistance, à telles enseignes que l'indigent peut poursuivre les administrateurs qui ne lui ont pas fourni les secours indispensables; faculté laissée aux paroisses de subordonner l'octroi de l'assistance à l'entrée au Workhouse dont les règlements sévères avec travail forcé effrayent l'indigent, enfin taxe des pauvres, très onéreuse et très mal répartie.

La proportions des assistés à la population totale a diminué en Angleterre : en 1849, 6, 2 pour 100, en 1888, 2, 8 pour 100.

Allemagne. — Obligation (sauf en Bavière et en Alsace-Lorraine), pour les malades, les indigents, les infirmes. Réglée par deux lois : juin 1870 et mars 1871.

Le pivot de l'assistance est dans les « unions locales des pauvres », pour les villes; dans les « unions rurales des pauvres » pour les campagnes, lesquelles peuvent se syndiquer.

Les unions des pauvres que l'on peut assimiler aux bureaux de bienfaisance en France, sont chargées de distribuer les secours. L'union des pauvres, obligée d'assister un indigent, doit fournir à tout allemand un asile, les moyens de subsistance indispensables, les soins nécessaires en cas de maladie, et, en cas de mort, une sépulture convenable. Dans chaque district existe une représentation permanente de l'union des pauvres de la région, composée des délégués des communes et domaines seigneuriaux. Cette assemblée répartit entre les communes et les domaines les dépenses de l'assistance; les communes et les domaines pourvoient à l'établissement et au recouvrement des taxes nécessaires. Des dispositions très sévères permettent aux communes d'interdire le séjour de leur territoire aux nouveaux arrivants; s'ils ne peuvent justifier des moyens d'existence. Au terme de la loi l'acceptation de fonctions gratuites dans les services d'assistance est obligatoire en dehors de certains cas d'exception.

France. — M. Th. Roussel dit qu'en France l'obligation est indispensable, personne ne le conteste. Et cependant le projet de la loi a échoué quand il a été porté devant le parlement. C'est qu'il s'agit d'un problème financier. Préparé par des discussions et des recherches, repris sous les

directions de M. H. Monod, ce projet a été étudié par M. Dreyfus-Brissac. Il propose d'assurer les frais de cette assistance non pas par les contributions purement communale ou départementale, mais par le concours de l'État.

M. Dreyfus-Brissac : L'assistance doit être obligatoire ; on la fera à domicile ou par hospitalisation, mais avec une tendance à la faire à domicile ; on l'imputera à la collectivité nationale la plus rapprochée de la famille, à la commune, à la paroisse. Mais on l'atténuera, on en atténuera les frais par l'autorisation de syndicats comme en Allemagne et par l'aide d'une unité administrative plus élevée : d'une province, d'un département, et enfin en dernier ressort par l'intervention de l'État.

Ne centralisez pas, car il faut éviter que les communes puisent à volonté dans les caisses de l'État et détournent inconsciemment les fonds de leur destination ; car l'assistance ne peut être organisée que suivant les lieux, les circonstances et les besoins locaux ; on fera choix d'une autorité intermédiaire qui s'occupera par région de la direction générale des services, sous la haute surveillance de l'État, ce qui ne supprime pas l'autonomie communale qui subsiste pour agir seule ou en s'associant et conserve le soin d'administrer par le moyen de son bureau d'assistance, véritable autorité locale.

M. Monod dit que l'intervention de l'État établit la proportionnalité des communes riches et celle des communes pauvres. Ce qui active la dépopulation des campagnes, c'est justement l'organisation exclusive de l'assistance dans les villes. Il propose les conclusions fermes internationales suivantes qui sont adoptées :

« L'assistance médicale obligatoire comprend les soins médicaux et la fourniture des remèdes à domicile ou à l'hôpital. L'indigent malade ne doit être hospitalisé que s'il est établi qu'il est impossible de le soigner utilement à domicile.

L'assistance médicale est due à défaut de famille par l'unité administrative la plus petite, commune ou paroisse à ceux des indigents malades qui ont chez elle leur domicile de secours. C'est elle qui doit dresser les listes des indigents admis à l'assistance médicale. Cette liste doit toujours être revisable. La commune ou paroisse doit être financièrement intéressée à sa limitation. Plusieurs communes ou paroisses doivent pouvoir se syndiquer pour assurer l'assistance médicale. L'organisation doit être faite par une unité administrative supérieure à celle de la commune ou de la paroisse. Elle doit être telle que les communes ou paroisses plus riches aident les communes ou paroisses plus pauvres, que les départements ou provinces ou cercles plus riches aident les départements ou provinces ou cercles plus pauvres, le tout avec le concours financier et le contrôle effectif de l'Etat ».

IV

L'ASSISTANCE EN FRANCE AVANT LA LOI DU 15 JUILLET 1893.

Avant la loi du 15 juillet 1893, c'était pour les autorités locales un fait licite que d'abandonner à lui-même, sans médecin, sans médicaments, un indigent en proie à une affection aiguë mettant ses jours en danger et sur le sol de la France républicaine un indigent malade pouvait être condamné à souffrir et à mourir sans être secouru.

C'est avec un serrement de cœur qu'on se rappelle la situation de cette commune de Bretagne qui, située à 15 kilomètres de tout médecin, et la visite médicale coûtant 30 francs, avait la plupart de ses habitants dans l'impossibilité absolue de se faire soigner. Cette commune ayant été ravagée par une épidémie de fièvre typhoïde, tous ses malades ne reçurent absolument aucun soin et ne furent visités par aucun médecin ; si l'on s'adressait aux municipalités pour tenter d'organiser un service d'assistance publique, même rudimentaire, on se heurtait à des difficultés insurmontables. Dans ces communes, quand

les malheureux (c'est-à-dire la majorité des habitants) sont atteints par la maladie, ils se mettent au lit en attendant tranquillement la mort ou la guérison. Ils n'ont même pas l'idée de se plaindre et de demander des secours. Malheureusement ce n'est pas là un fait rare en France.

Et quelle différence de situation au point de vue de l'assistance entre l'ouvrier des villes et celui des campagnes.

Le premier a le bureau de bienfaisance, l'hôpital, l'hospice, tandis que le paysan n'a rien, et on peut constater ce fait, qui est une honte pour un état civilisé, que le paysan peut tomber dans un champ sans que personne ne soit légalement obligé de lui porter secours et de venir à son aide, sans que le médecin souvent bien éloigné, soit appelé à lui donner ses soins, sans que la commune puisse le faire admettre dans un hôpital.

Aussi malgré le dévouement, le désintéressement du médecin de campagne, toujours si empressé pour donner ses soins aux malades indigents, les paysans désertent leurs champs, allant puiser aux ressources de l'assistance des villes. Et quelles en sont les conséquences ! une partie de cette population robuste et saine vient s'étioler et mourir dans l'atmosphère des villes, et c'est elle qui fournit dans la mortalité des grandes villes le chiffre de décès proportionnellement le plus élevé. S'ils résistent c'est souvent la misère à brève échéance, le chômage avec ses dures conséquences, c'est le découragement pour un avenir prochain, et ces déclassés vont bientôt grossir la foule turbulente, agitée, menaçante des mécontents.

Ainsi cent ans après la Révolution qui avait proclamé dans la déclaration des droits de l'homme que « les secours

publics étaient une dette sacrée », malgré les instances réitérées de l'administration poussant à l'organisation de l'assistance médicale, malgré les multiples tentatives faites par les Chambres et le Gouvernement, avant la loi du 15 juillet 1893, les secours médicaux étaient facultatifs et il n'existait pas en France de service d'assistance médicale, les malades pauvres des campagnes étaient abandonnés à leur triste sort.

Cependant des essais nombreux d'assistance médicale avaient été faits en France. En 1810, elle était organisée dans le Bas-Rhin, en 1823 dans la Meuse, en 1825 dans le Haut-Rhin, en 1847 dans la Haute-Saône et la Saône-et-Loire. Le mouvement s'accrut à la suite de l'impulsion provoquée par l'enquête ouverte par M. de Salvandy à la suite des circulaires ministérielles du 3 août 1852 et 15 août 1854, invitant les conseils généraux à créer dans leur département un service médical gratuit en faveur des pauvres.

Tous les départements n'ont malheureusement pas répondu à l'appel qui leur était fait, et avant la loi du 15 juillet, 44 départements seulement étaient dotés de ce service. Le mode d'organisation en était facultatif ; chaque département prenait les mesures jugées utiles au fonctionnement de l'institution ; il existait même des services municipaux.

12 départements avaient l'assistance organisée dans toutes leurs communes, c'étaient les suivants : Hautes-Alpes, Cher, Doubs, Drôme, Indre, Loiret, Maine-et-Loire, Meurthe-et-Moselle, Pas-de-Calais, Haut-Rhin, Sarthe et Deux-Sèvres.

Dans les 44 départements, l'assistance existait dans 68 pour 100 des communes. Ces 44 départements comptaient 18,558 communes sur lesquelles 12,701 étaient rattachées au service et 5,857 ne l'étaient pas; les 12,701 communes avaient 10 millions d'habitants, presque exclusivement ruraux. La population urbaine s'élevant à 10 millions et demi, recevait pour ses pauvres malades, soit à domicile, soit dans les hôpitaux, les secours nécessaires. La partie de la population française, pour laquelle on peut considérer qu'un service public donnait des soins aux pauvres en cas de maladie, comptait donc environ 20.500.000 habitants. La partie de la population française dans laquelle les malades pauvres n'étaient assurés d'aucun secours, s'élevait à près de 18 millions et les indigents à secourir à 400 mille environ.

Les départements dont lesquels l'assistance était organisée en 1887 sont les suivants : Aisne, Allier, Alpes (Basses), Alpes (Hautes), Alpes-Maritimes, Ardennes, Ariège, Aude, Aveyron, Bouches-du-Rhône, Cher, Corse, Doubs, Drôme, Garonne (Haute), Gers, Gironde, Hérault, Ille-et-Vilaine, Indre, Indre-et-Loire, Isère, Landes, Loire, Loiret, Lot, Maine-et-Loire, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Nièvre, Oise, Pas-de-Calais, Pyrénées (Basses), Rhin (Haut), Saône (Haute), Saône-et-Loire, Sarthe, Seine-et-Oise, Sèvres (Deux), Somme, Tarn, Tarn-et-Garonne, Vaucluse, Vosges.

Nous n'entrerons pas ici dans les détails d'organisation de l'assistance dans ces 44 départements. Le législateur a pu y trouver des précieuses indications qui lui ont été d'un grand secours pour l'élaboration de la loi du 15 juillet 1893.

Listes : Les listes ne se dressent pas d'une façon uniforme. Le maire est toujours président de la commission chargée de ce travail. Les personnes qui assistent le maire sont dans ces 44 départements : les membres du bureau de bienfaisance dans 24 départements, et à défaut le Conseil municipal délègue un ou plusieurs conseillers ; le curé dans 18 départements, le médecin dans 10 départements, et dans 7 avec voix consultatives, le percepteur ou receveur municipal dans 14 départements, le pasteur dans 8 départements, l'adjoint dans 6 départements, le juge de paix dans 3, le conseiller général, le conseiller d'arrondissement, le pharmacien, chacun dans deux départements. Le secrétaire de la mairie remplit souvent les mêmes fonctions auprès du bureau d'assistance.

Dans certains départements, tels que l'Allier, l'Ariège, l'Ille-et-Vilaine, l'Isère, les Landes, Loire, Loiret, Lot, Oise, la liste est dressée par le conseil municipal. Dans le Pas-de-Calais, le Haut-Rhin, la Haute-Saône, le conseil municipal donne un avis sur les listes. La plupart des listes doivent être approuvées par le Préfet, non dans les Landes. Dans certains départements l'assisté ne doit pas payer un chiffre déterminé d'impôt direct ; 15 francs Hautes-Alpes ; 10 francs Saône-et-Loire ; 6 francs Ariège, Aude, Tarn, Vosges. Le chiffre des inscrits ne doit pas dépasser $\frac{1}{20}$ de la population dans l'Aude, l'Aveyron, le Loiret, le Tarn ; 6 p. 100 des ménages dans la Somme. Il y a deux listes dans la Nièvre : la première comprend les indigents proprement dits recevant soins médicaux et pharmaceutiques. La deuxième admet les nécessiteux qui ont quelques avantages seulement. Dans le Tarn et

Garonne la liste est dressée par le maire dans 12 communes, par le bureau de bienfaisance dans 64 autres, et par le conseil municipal dans 87. Dans le Maine-et-Loire il n'y a pas de listes dressées.

Système d'assistance. — On peut ramener à trois types principaux les modes d'assistance médicale mis en pratique dans les 44 départements où l'assistance fonctionnait avant la loi. Le premier en date est celui de la médecine cantonale inaugurée en Alsace dans les premières années du siècle. Le préfet désigne dans chaque canton un médecin cantonal, chargé de soigner gratuitement les indigents portés sur les listes.

Un second système divise le département en un grand nombre de circonscriptions ayant chacune un médecin nommé par l'administration ; les limites de la circonscription correspondent autant que possible à celles de la clientèle habituelle du médecin.

Le troisième système, connu sous le nom de système landais ou vosgien, donne au malade la liberté de choisir parmi les médecins qui ont accepté les conditions de fonctionnement du service de la médecine gratuite.

Le mode de rémunération du médecin présente selon les départements des différences notables. Tantôt le médecin est payé par abonnement, tantôt proportionnellement aux services rendus, d'après le nombre de ses visites ou bien encore d'après le nombre des malades soignés ou d'après le chiffre de la population ; ici l'on tient compte, là on ne tient pas compte des distances parcourues, l'on accorde ou l'on n'accorde pas des indemnités spéciales pour les visites de nuit, des primes d'encouragement.

Enfin les médecins de l'assistance sont souvent chargés en même temps du service de la vaccination, de l'inspection des enfants du premier âge, de la visite des enfants assistés, des aliénés non dangereux placés à la campagne, de l'inspection médicale de Ecoles, du service sanitaire et des épidémies, de la constatation des décès, du service d'hygiène publique, de la délivrance des certificats médicaux spéciaux.

Si on recherche le système d'assistance adopté dans les 44 départements, on arrive au résultat suivant :

Le médecin est désigné par le Préfet dans les Alpes (Basses), Alpes (Hautes), Alpes-Maritimes, Aude, Cher, Doubs, Drôme, Garonne (Haute), Hérault, Isère, Loire, Loiret, Meurthe-et-Moselle, Nièvre, Pas-de-Calais, Rhin (Haut), Saône-et-Loire, Sarthe, Sèvres (Deux), Somme, Tarn.

Le médecin est désigné par les maires avec ou sans approbation par le Préfet dans : Aisne, Ariège, Bouches-du-Rhône, Corse, Gironde, Ille-et-Vilaine, Meuse, Pyrénées (Basses), Tarn-et-Garonne, Vaucluse.

Le médecin est laissé au choix des malades (système landais ou vosgien) : Allier, Ardennes, Indre, Indre-et-Loire, Landes, Lot, Oise, Seine-et-Oise.

Dans l'Aveyron les médecins font le service gratuitement, de même dans le Gers, sauf dans 63 communes qui octroyent gracieusement une petite indemnité aux médecins.

Dans le Maine-et-Loire, où il n'est pas dressé de liste, les médecins sont désignés par le Préfet ou laissés au choix des malades.

Dans la Haute-Saône, dans les Vosges, les médecins sont

désignés par le Préfet, mais lorsqu'il existe plusieurs médecins dans la même localité, le malade est libre du choix.

En résumé, dans 39 départements, le choix du médecin n'est laissé aux malades que dans 8 départements.

Quel est maintenant le système de rémunération adopté dans ces 44 départements.

Par indemnité fixe ou abonnement : Aisne (1 fr. par indigent inscrit et 0 fr. 20 par kilom. si la distance dépasse 4 kilom.), Alpes (Basses). (Traitement proportionnel à la population des communes à visiter et aux distances à parcourir), Alpes (Hautes) (250 à 600 fr. selon population), Alpes-Maritimes (2,300 à 3000 fr.), Ariège (0 fr. 06 par habitant), Bouches-du-Rhône, Cher (60 à 300 fr. plus 12 fr. par enfant du premier âge, 4 f. par enfant assisté), Corse (50 à 3000 fr.), Doubs (120 à 600 fr.), Drôme, Haute-Garonne (100 à 400 fr.), Hérault (100 fr.), Ile-et-Vilaine (0 fr. 60 par indigent), Isère, Loire, Loiret (1 fr. par indigent inscrit et 0 fr. 10 par kilom. aller seulement), Meurthe-et-Moselle (450 fr. en moyenne), Meuse, Nièvre, Basses-Pyrénées, Haut-Rhin (450 à 800 fr. selon habitants et distance à parcourir), Haute-Saône, Sarthe (100 à 500 fr.), Deux-Sèvres (300 fr.), Somme (3 fr. par famille indigente et 5 fr. au-delà de 6 kilom.), Tarn (0 fr. 05 par habitant).

A la visite : Allier (0 fr. 50 par kilom. aller seulement, visite de nuit double), Ardennes, Aude, Gironde, Indre, Indre-et-Loire, Oise (1 fr. par visite), Saône-et-Loire (5 fr. par malade soigné et 1 fr. 25 par visite), Vosges (1 fr. par visite et 1 fr. par kilom., aller seulement).

Système mixte : Landes, Seine-et-Oise, Tarn-et-Garonne, Vaucluse.

Soins gratuits : Gers, Aveyron (sauf Cahors), Meurthe-et-Moselle, Pas-de-Calais (à peu près gratuits).

Service pharmaceutique : Il existe un tarif dans 31 départements; dans 9 départements, il n'en existe pas. Il y a un abonnement à raison de 0 fr. 75 par indigent dans l'Aisne. Le pharmacien du service est désigné par le Préfet ou par le Maire dans 23 départements et laissé au choix du malade dans 13 départements. Dans la Corse le malade paye ses médicaments. Dans la Drôme le médecin distribue les médicaments. Dans les Deux-Sèvres c'est le médecin qui désigne le pharmacien.

Sages-femmes : Elles sont habituellement choisies par les femmes et sont presque toujours rétribuées à raison de 5, 6 ou 10 francs par accouchement.

Renseignements statistiques : Si nous étudions le résultat obtenu par l'assistance en 1887 dans ces 44 départements, comprenant 18.558 communes, nous arrivons aux résultats suivants :

Communes participant au service 12.701, comprenant 9.855.200 habitants.

Nombre d'indigents inscrits : 632.479.

Proportion pour 100 des indigents à la population : 6.42.

Nombre d'indigents secourus au cours d'une année : 223.102.

Proportion pour 100 des indigents secourus au total des indigents : 35, 27.

Dépenses : Communes : 751.845 francs. Départements : 365.594 francs. État : 50.000 francs. Bureaux de bienfaisance : 865.840 francs. Hôpitaux : 8.775 francs. Subventions diverses : 29.833 francs, Dépenses totales : 1.541.232 francs.

Dépenses pour le médecin : 852.844 francs, soit 55, 33 pour 100 de la dépense totale.

Dépense pour médicaments : 648.424 francs, soit 42,07 pour 100 de la dépense totale.

Soins médicaux donnés à un indigent malade reviennent en moyenne à 6 fr. 90, soit 2 fr. 43 par indigent inscrit.

Nous trouvons que bien des départements s'écartent très sensiblement de ces moyennes. Exemple :

Proportion pour 100 des indigents à la population de certains départements (moyenne 6, 42).

Nièvre.....	1.38	Somme.....	10.26
Gironde.....	1.65	Ille-et-Vilaine....	10.30
Allier.....	1.79	Hautes-Alpes.....	12.05
Indre.....	1.98	Vosges	13.60
Saône-et-Loire....	2.87	Pas-de-Calais	14.83
Drôme.....	2.96	Corse.....	21.48

Proportion pour 100 des indigents secourus au total des indigents (moyenne 35, 27).

Meurthe-et-Moselle..	15.75	Maine-et-Loire...	52.
Isère.....	16.17	Drôme.....	58.59
Somme.....	16.26	Haute-Saône	60.81
Doubs.....	21.95	Lot	63.33
Allier.....	24.	Cher.....	89.16
Loire.....	24.81	Gironde.....	94.85

Cours moyen des soins médicaux donnés aux indigents dans certains départements (Moyenne 6 fr. 90).

Vosges.....	2 f. 97	Ardennes.....	11 f. 22
Aveyron.....	2 97	Indre-et-Loire...	12 50
Cher.....	3 36	Nièvre.....	14 53
Ille-et-Vilaine...	3 45	Saône-et-Loire...	16 30
Lot.....	3 53	Seine-et-Oise ...	20 50
Loire	4 90	Allier.....	38 50

Nous avons recherché enfin quel est le système de rétribution à la visite ou à l'abonnement, quel est le mode de désignation des médecins qui sont les plus économiques pour les départements.

Nous reviendrons sur cette importante question, mais nous pouvons dire, dès maintenant, que le système à l'abonnement, et surtout par circonscription médicale, paraissent être plus avantageux pour les départements et les communes au point de vue des dépenses qui résultent de l'assistance médicale gratuite.

Mais quelle était la situation de l'assistance médicale dans les autres départements? La charité privée, la bonne volonté des communes, suppléaient-elles à l'organisation qui faisait défaut? C'est ce dont le gouvernement a voulu s'assurer en envoyant les inspecteurs généraux de l'assistance publique dans certaines communes, choisis au hasard et situés au nord, à l'est, au midi, à l'ouest et au centre de la France.

Commune A : 698 habitants; pas de bureau de bienfaisance, pas de secours médical ou pharmaceutique, pas de médecins dans la localité.

Commune D : 6,175 habitants. Malades abandonnés à leurs infortunes et à la commisération publique ; ce canton est dépourvu de médecins ; aucun secours prévu en cas de maladie. Médecin vient le dimanche seulement pour sa clientèle privée. Médecine et pharmacie livrées aux sœurs et aux rebouteurs. Pas de sages-femmes, pas de sociétés des secours mutuels.

Commune F : 810 habitants ; pas de listes d'indigents ; on n'a rien à leur donner. Quand ils sont malades ils se médecinent, ils boivent de la tisane ; quand ils sont tout à fait mal, alors on se décide à aller chercher le médecin à 6 kilomètres ; il prend 8 francs. Mais quand on va le chercher il est presque toujours trop tard.

Ainsi donc l'assistance n'existait en 1887 que dans la moitié de la France, et les appels réitérés du Gouvernement, des institutions privées de charité étaient restés lettre morte ; on s'était heurté à une mauvaise volonté ou plutôt à une incurie et à une inertie que rien ne pouvait légitimer, et que la loi du 15 juillet 1893 devait faire cesser.

PROJET DE LOI SUR L'ASSISTANCE MÉDICALE
DÉPOSÉ PAR LE GOUVERNEMENT, LE 15 JUIN
1890.

S'inspirant des principes et des résolutions élaborées par le conseil supérieur et par le congrès international, le Gouvernement préparait vers la fin de 1889 un projet de loi sur l'assistance médicale gratuite.

Le texte en fut soumis d'abord à la deuxième section, puis sur un nouveau rapport de M. le Dr Dreyfus-Brissac, à l'assemblée générale du conseil supérieur, qui le discuta dans ses séances des 26, 27 et 28 février 1890.

D'après le rapport de M. le Dr Dreyfus-Brissac, le projet tendait à rendre l'assistance médicale obligatoire pour la commune à défaut de famille et pour les départements à défaut de la commune ; à laisser au département le soin d'organiser sur son territoire les divers services au mieux des besoins locaux, sous la surveillance et, là où cela était nécessaire, avec le concours effectif de l'État ; à réviser les dispositions de la loi de vendémiaire sur le domicile de secours, devenues inapplicables.

La deuxième section émettait à l'unanimité un avis favorable à l'adoption du projet, sous la réserve de certaines modifications destinées pour la plupart à rendre le texte plus explicite.

A ceux, dit le rapporteur, qui douteraient encore de l'opportunité d'une intervention vigoureuse de l'État dans le domaine, nous n'aurions qu'à faire voir les documents les plus récents recueillis par l'administration. Qu'ils parcourent les rapports des inspecteurs généraux sur l'assistance dans diverses communes appartenant aux départements les plus dissemblables, ils verront qu'il existe encore en France maint bourg de 3.000 habitants, à finances relativement prospères, où rien n'était fait pour les indigents malades, ni par les administrations publiques, ni par la charité privée, ceux-ci ne trouvent des ressources que dans la mendicité quasi organisée.

A ceux qui seraient enclins à croire que la situation hospitalière de notre pays, telle qu'elle résulte des documents officiels d'une certaine ancienneté, a dû depuis s'améliorer, nous n'aurons qu'à montrer les statistiques les plus récentes qui témoignent du contraire.

Aujourd'hui encore, sur 120 mille lits d'hôpitaux et hospices existant en France, le département de la Seine excepté, il en est près de 35.000 d'inoccupés.

Étant donné le nombre considérable d'indigents mala les qui sont privés des secours hospitaliers, dont ils auraient cependant le plus impérieux besoin, ces chiffres ne fournissent-ils pas le témoignage irrécusable du plus fâcheux état des choses ?

Le rapporteur rentre ensuite dans les détails de l'orga-

nisation et montre que le projet de loi du Gouvernement, avec quelques amendements qui n'en modifient pas l'économie générale, est susceptible de réaliser dans les conditions les plus pratiques ce desideratum d'une assistance médicale réellement organisée.

Nous ne suivrons pas le rapporteur dans sa discussion, d'ailleurs très intéressante et très judicieuse, notre intention étant de montrer la loi dans son application, ses avantages, ses points faibles, plutôt que les transformations subies par les projets qui l'ont précédé. Nous pourrions plus loin tenir compte, dans notre dissertation, des observations qui ont été présentées et dont le législateur a fait son profit ou qu'il a écartées avec ou sans raison.

Le 5 juin 1890, le Gouvernement déposait, à la tribune de la Chambre des Députés, son projet de loi sur l'assistance, après y avoir apporté quelques légères modifications demandées par le conseil supérieur.

L'Exposé des motifs fait un historique rapide de la question, montre ce que la loi du 7 août 1851 et du 21 mai 1873 ont fait pour les indigents malades et les services qu'ils en ont obtenus, présente un tableau du résultat produit par l'action administrative, en dehors de toute législation au point de vue de l'organisation de la médecine gratuite.

Mais il est malheureusement certain qu'en France, dans les campagnes, un nombre considérable d'indigents malades ne reçoivent pas les secours médicaux.

Le Gouvernement de la République estime qu'ils doivent les recevoir, non-seulement à domicile, mais s'il est nécessaire dans un hôpital ; qu'il est urgent de faire passer dans la réalité de la vie nationale le principe posé par la

loi de vendémiaire an II, qu'une expérience maintenant séculaire ayant établi l'impuissance de la liberté à assurer partout ce service, il doit y être pourvu par la loi ; et en assurant à tous les malades pauvres des secours appropriés et immédiats, les pouvoirs publics accompliront un devoir d'humanité et serviront de la manière la plus efficace les vrais intérêts économiques du pays.

Le dépeuplement des campagnes va toujours croissant tandis que les villes voient leur population augmenter. Ainsi la population rurale de la France a diminué de 1881 à 1886 de 123.111 habitants; or, un des mobiles qui poussent l'ouvrier des champs vers les grandes villes est la certitude d'y trouver pour lui et pour ses enfants des secours en cas de besoins. Ce mobile serait affaibli le jour où l'assistance médicale serait organisée dans les campagnes ; disparaîtrait le jour où l'assistance médicale se complèterait des secours aux vieillards et aux infirmes. Il est donc à présumer que l'institution généralisée d'un service de médecine gratuite atténuerait le mouvement qui dépeuple les communes rurales au profit des agglomérations urbaines.

Une seconde considération moins hypothétique est celle-ci : il importe assurément à la société que les travailleurs, dont le travail constitue le principal élément de la richesse, soient, lorsqu'ils se trouvent arrêtés dans leur activité par la maladie, rendus dans le plus bref délai possible à l'industrie ou à l'agriculture, qu'ils redeviennent des forces vives et agissantes.

Le moyen de satisfaire cet intérêt social c'est d'assurer au travailleur, soit à domicile, soit dans un hôpital, des secours médicaux appropriés à son état. Que dirait-on

d'une grande usine où l'atelier de réparation ferait défaut, qui, faute d'avoir à temps entretenus les outils serait obligée de les remplacer à grands frais ? Le service médical des pauvres, c'est l'atelier de réparation de l'outillage le plus important du travail national et de l'outillage humain. Encore si cet outillage se reconstituait facilement ! Mais le faible accroissement de notre population prend des proportions d'un péril. Cet accroissement va en diminuant depuis le commencement du siècle. Il était de 5,5 pour 1,000 habitants et par an d'après le recensement de 1876 ; il est descendu depuis lors à 4,1, à 3,3 et enfin à 1,8 pour 1000 seulement en 1888, alors que cet excédent est de 13 en Angleterre et de 12 en Allemagne.

La patrie a donc l'intérêt le moins contestable à diminuer la mortalité en luttant énergiquement contre la maladie. Dans cette lutte, des soins médicaux mis à la portée de tous les pauvres permettront d'abrèger la durée des maladies et d'éloigner l'échéance de la mort, c'est-à-dire de prolonger la vie humaine en la rendant plus productive de travail ; ils permettront d'empêcher, en les combattant dès leur apparition, la propagation des maladies transmissibles, et aussi de prévenir ou de réprimer immédiatement les épidémies qui prélèvent encore un si fort tribut sur notre population et qui frappent surtout les classes nécessiteuses. Ils permettront notamment de généraliser la pratique des vaccinations et des revaccinations : la variole qui, grâce à cette pratique a disparu de notre armée et de la Prusse, fait encore annuellement en France plusieurs milliers de victimes.

Le Gouvernement invoque en faveur de l'utilité du pro-

jet de loi une dernière considération. Tout emploi des fonds publics doit donner son maximum de résultat utile. Il n'est pas toujours ainsi des ressources dont disposent les établissements publics en faveur des indigents malades. Les frais généraux absorbent une part trop considérable, et tandis que les hôpitaux des grandes villes sont encombrés, qu'entre des lits déjà trop rapprochés l'on étend des brancards, et que l'on est encore obligé de refuser, faute de place, des malades, il y a un grand nombre de lits vacants dans les hôpitaux de la campagne. Si l'on compare le nombre des journées de présence des malades dans les hôpitaux au nombre des lits, l'on trouve que les lits de malades ne servent au cours d'une année que dans la proportion de 57 pour 100. On voit par là qu'on aurait la place nécessaire pour soigner presque le double de malades. Pour que ce bien fût accompli, il eût suffi qu'il fonctionnât dans chaque département un service incessamment renseigné sur les besoins d'une part, d'autre part sur les ressources de ces besoins.

Une telle organisation permettrait, outre une plus complète attribution des lits, une répartition plus judicieuse des malades.

Donner à notre société démocratique les moyens d'accomplir son devoir d'assistance envers les malades pauvres, retenir les ouvriers agricoles dans les campagnes, rétablir le plus rapidement possible les santés atteintes, prévenir et combattre efficacement les épidémies ; mieux répartir les ressources hospitalières, mieux employer les fonds que l'Etat, les départements et les communes consacrent au soulagement des malades. Telles sont les

fins du projet de loi que le Gouvernement a soumis aux délibérations des chambres.

Le projet de loi se divise en six chapitres comprenant 38 articles : 1° Chap. organisation de l'assistance médicale ; 2° domicile de secours ; 3° bureau et liste d'assistance ; 4° secours hospitaliers ; 5° dépenses, voies et moyens ; 6° dispositions générales.

Le Gouvernement a fait suivre, dans son Exposé des motifs, chaque article de son projet de longs commentaires, d'observations, de remarques que nous aurions voulu reproduire, au moins dans leurs parties les plus essentielles et les plus importantes. Mais nous ne sommes ici en présence que d'un projet devant être modifié par le Parlement, et c'est la loi votée et promulguée qui doit surtout être interprétée et discutée en ce moment, ce que nous ferons plus loin, nous réservant de tenir compte alors, dans une large mesure des délibérations du conseil supérieur de l'assistance, de la justification faite par le Gouvernement des articles de son projet, toutes choses qui peuvent éclairer d'un grand jour l'interprétation de la loi du 15 juillet 1893.

VI

L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE DEVANT LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Le projet de loi sur l'assistance, déposé par le Gouvernement, fut renvoyé à une commission (composée de MM. Labrousse, président, Rey, secrétaire, Langlet, de Ramel, Audiffred, Michou, Dejardin-Verkinder, Briens, Emile Ferry, Guillemaut) déjà chargée de l'examen d'une proposition de loi de M. Dejardin-Verkinder, tendant à la création d'hôpitaux-hospices cantonaux, et inspirée, comme le projet du Gouvernement, par le désir d'assurer aux populations rurales l'assistance en cas de maladie.

Une différence essentielle doit être relevée entre ces deux projets de réforme : le projet du Gouvernement accusait une préférence marquée en faveur de l'assistance à domicile des malades privés de ressources, et s'appliquait aux pauvres des villes et des campagnes ; la proposition émanée de l'initiative parlementaire était spéciale aux secours hospitaliers et, par sa forme même plus particulièrement restreinte aux populations des campagnes.

Saisie de ces deux projets, la commission de la Chambre se rallia en principe au projet du Gouvernement, et adopta un texte qui reproduisait dans ses principales dispositions le texte du Gouvernement. Cependant des modifications assez importantes avaient été introduites par la commission de la Chambre ; pour ne pas apporter de retard au vote de la loi, le Gouvernement les accepta après avoir obtenu de la commission l'abandon de quelques changements qui lui paraissaient peu justifiés.

M. Rey, désigné comme rapporteur, déposait le 23 janvier 1892 un travail très complet, qui est une étude très remarquable du problème de l'assistance médicale.

La moitié de la population française, dit M. Rey, est privée de tout service de médecine gratuit, tandis que l'ouvrier des villes a le bureau de bienfaisance pour lui venir en aide quand les moyens d'existence lui manquent ; l'hôpital pour le soigner quand il est frappé par la maladie ; l'hospice pour le recueillir quand l'âge ou les infirmités l'ont réduit à l'impuissance ; l'ouvrier des champs, le paysan, ne trouve assistance et protection dans aucune circonstance de la vie, rien n'a été prévu pour le secourir dans la détresse ; il est oublié, abandonné au fond de nos campagnes comme s'il ne faisait pas partie de la grande famille française, comme si les principes d'égalité et de fraternité n'avaient pas été inscrits au frontispice de nos constitutions ! Et cependant, c'est lui qui nourrit, qui vêt la nation ; c'est lui qui est le fondement le plus solide de l'ordre et de la stabilité ; c'est lui qui fournit à la patrie ses défenseurs les plus nombreux et les plus robustes.

Un pareil état de choses ne saurait durer ; il froisse non-

seulement les sentiments charitables du cœur humain, mais encore les idées de solidarité et de justice qui doivent être les fondements de toute démocratie ; il est contraire au bien-être des classes laborieuses et à la paix sociale, non moins qu'aux intérêts économiques et vitaux de la nation. La France démocratique ne peut pas laisser plus longtemps à la simple initiative du particulier, des communes ou des départements trop souvent réduits à l'impuissance faute de ressources, le soin d'assurer des secours médicaux aux malades dans le besoin. Puisque la liberté s'est trouvée jusqu'ici dans l'impossibilité de remplir seule cette tâche, il faut que la loi intervienne et fasse une obligation du soulagement de ceux que la maladie met hors d'état de travailler. Personne ne contestera l'urgence d'une telle loi. Depuis longtemps l'opinion publique la réclame. Les vœux de plus en plus nombreux et pressants des assemblées élues de nos départements ne laissent aucun doute à cet égard et les programmes électoraux de la Chambre actuelle sont presque unanimes à la demander. A un moment où l'on se préoccupe avec tant de raison des mesures destinées à améliorer le sort de l'ouvrier, du pauvre, du déshérité, celle-ci s'impose comme une des premières à réaliser.

Dans une société bien ordonnée le premier devoir de la nation est de rendre la santé à ceux de ses membres qui se trouvent privés par la maladie des moyens de gagner leur vie. Il est souvent permis de répondre à l'homme valide qui demande du pain « travaille » ; mais à l'indigent qui est mis par la souffrance dans l'impossibilité de travailler ne doit-on pas venir aussitôt en aide, jusqu'à ce que ses

bras soient en état de subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille? Le malheureux qui, cloué sur son lit de douleur, se voyait abandonné de tous, moins bien traité même que nos animaux domestiques, pouvait-il se défendre d'un sentiment d'irritation contre cette société qui le laissait mourir sans secours?

En se sentant désormais protégé, soutenu, ne supportera-t-il pas son sort avec plus de résignation et n'aurons-nous pas travaillé à cet apaisement social que chacun désire et pour lequel on doit être disposé à faire tous les sacrifices raisonnables?

Ces belles et nobles idées de philanthropie exposées, le rapporteur montre le côté pratique et utilitaire de la question, reposant sur l'intérêt économique et social qui résultera d'une bonne organisation de l'assistance.

Seule la France est demeurée en arrière, elle est à peu près la seule nation en Europe ne possédant aucun service général d'assistance, même pour ses indigents hors d'état de gagner leur vie.

Comment doit être organisée l'assistance? — Le régime de liberté ayant été impuissant à résoudre le problème c'est à l'obligation qu'on doit avoir recours. Doit-on craindre que l'obligation d'assister n'entraîne nécessairement le droit à l'assistance, ce qui ferait perdre à l'assisté le goût du travail et le conduirait à la paresse et à la mendicité? Avec la charité privée et individuelle qui n'a pas les moyens de contrôle, cette crainte pourrait être justifiée. Mais la bienfaisance publique qui n'inscrit sur ses listes et après enquête sérieuse que des gens réellement dans le besoin ne mérite nullement ce reproche. L'assistance privée

augmente le nombre d'indigents, la charité légale le diminue (28 indigents pour 1000 habitants en Angleterre, 33 en Allemagne, 64 en France). Et se rendra-t-on volontairement malade pour le seul plaisir d'être soigné gratuitement? Mais cette obligation à qui doit-elle incomber? Le projet du Gouvernement dirait : à la commune ou au département. Mais la commission parlementaire a pensé qu'il fallait y ajouter l'État. En effet, l'assistance doit être communale pour le choix des indigents, la distribution des secours, une partie suffisante de la dépense. C'est le département qui doit organiser le service, afin de lui donner de l'unité et venir en aide par un système de subventions graduées aux communes pauvres. Enfin l'État doit surveiller l'exécution de la loi, l'organiser d'office si la chose devenait nécessaire, et enfin fournir aux départements des subventions proportionnées à leurs besoins et en raison inverse de leurs revenus.

Cette collaboration existe déjà pour les aliénés, les enfants assistés, l'instruction primaire, la construction des Ecoles et des chemins.

La commission a ajouté une disposition relative aux étrangers qui devront être assimilés aux Français, toutes les fois que le Gouvernement aura passé un traité d'assistance réciproque entre leur nation d'origine.

Du domicile de secours. — L'obligation d'assistance ne devant exister qu'à l'égard de ceux qui remplissent les conditions nécessaires pour avoir le domicile de secours, il devenait de la plus grande importance de bien déterminer ce domicile, afin de pouvoir établir à qui incombent les frais médicaux. Le projet du Gouvernement ne faisait

plus intervenir qu'exceptionnellement le lieu de la naissance, de plus le domicile de secours devait s'acquérir par deux ans de séjour au lieu d'un an, et il était perdu par une absence égale à la durée de séjour nécessaire pour l'acquérir. Mais la commission a pensé qu'il n'y avait pas lieu de modifier l'ancien système, et elle a maintenu, comme pour les aliénés, les enfants assistés, les bureaux de bienfaisance, la durée d'une année, comme temps nécessaire pour acquérir ce domicile de secours. La commune n'est tenue à l'assistance médicale qu'envers les indigents qui ont chez elle le domicile de secours; quant aux autres ils seront soignés aux frais du département ou de l'Etat, sauf recours contre qui de droit; contre les employeurs lorsque les malades indigents seront des étrangers et que leur nation n'aura pas un traité d'assistance réciproque avec notre pays.

Bureau d'assistance, liste des indigents. — Le bureau d'assistance sera le bureau de bienfaisance; et dans les communes où se trouvent en même temps un bureau de bienfaisance et un hôpital, l'assistance médicale incombera à leurs commissions administratives réunies sous le nom de « bureau d'assistance ». Dans les communes qui ne possèdent ni bureau de bienfaisance ni hospice il sera nécessaire de créer un bureau d'assistance en prenant pour type le bureau de bienfaisance. Mais le bureau, d'après le projet du Gouvernement, ne devait donner que des secours médicaux aux malades. Cette attribution a paru insuffisante à la commission et le bureau aura la faculté de distribuer des secours en nature (vêtements, combustible, aliments) et de recevoir des dons et legs.

Le projet du gouvernement admettait dans certains cas un seul bureau par syndicat de communes. La commission en a proposé autant que de communes, chaque commune devant avoir son bureau de bienfaisance de façon à exciter la générosité des personnes charitables, à provoquer la bienfaisance privée, les syndicats devant avoir un tout autre rôle : celui de créer des dispensaires, des infirmeries, de petits hôpitaux.

Le bureau d'assistance aura enfin à dresser la liste des indigents, qui, en cas de maladie, doivent être soignés gratuitement. Ces listes seront nominatives et non par famille, revisables par le conseil municipal ou sur la demande des intéressés ou de tout habitant de la commune ; une commission composée du sous-préfet, du conseiller général et du juge de paix, jugera souverainement les réclamations portées devant elle.

Le gouvernement avait inséré dans son article 18 que personne n'avait le droit de réclamer sa propre inscription, ni celle de ses parents, mais la commission n'a pas admis cette façon de voir et elle a donné le droit de réclamation à toutes les personnes de la commune indistinctement. Elle a considéré, en effet, que cette disposition serait blessante pour les malheureux et permettrait à certains contribuables de se faire une popularité de mauvais aloi en devenant les porte-paroles des réclamants.

Secours à domicile et à l'hôpital. — La commission recommande tout spécialement le traitement à domicile comme beaucoup moins onéreux (7 fr. par malade au lieu de 37 fr.). Nous dirons plus loin les avantages et les désavantages de l'hospitalisation. Mais dans l'esprit du projet

de loi l'envoi du malade à l'hôpital ne devra se faire que lorsqu'il sera impossible de les soigner utilement à domicile, cas qui se présentera rarement. Aussi les hôpitaux existants suffiront et on n'aura à recourir à la construction de nouveaux établissements que d'une manière tout à fait exceptionnelle, 40 pour 100 des lits existants étant vacants.

Le projet de loi demandait un dispensaire par commune ou syndicat de communes et une infirmerie pour un groupe de communes. Mais la commission n'a pas cru devoir adopter cette disposition comme mesure générale et obligatoire pour les communes.

Le rapporteur entre dans des explications sur les différents systèmes d'assistance médicale : 1° canton ; 2° circonscription médicale ; 3° landais ou vosgien. Nous aurons l'occasion de reparler longuement de cette importante question et nous dirons alors les vues de M. le rapporteur Rey, qui se prononce d'ailleurs au nom de la commission pour le dernier système. Les conseils généraux devront d'ailleurs prendre le système le mieux approprié à leur région et à leurs ressources.

Dépenses, voies et moyens. — Les charges devront être bien réparties et aussi légères que possible de façon à ne pas trop grever les populations rurales, ce qui rendrait la loi impopulaire et déterminerait la formation d'un complot tacite pour l'éluder, ce qui serait l'avortement plus ou moins complet.

Sur quelles ressources pourrait compter le service de l'assistance ? D'abord celles qui existent déjà : droit sur les spectacles, concessions dans les cimetières, produit des

quêtes, tronc dans les édifices religieux, ensuite le produit des dons et legs, enfin prélèvement sur le revenu ordinaire des communes. Si ces trois catégories de ressources ne suffisent pas, il devient obligatoire pour les communes et les départements de recourir à l'impôt sous forme de centimes additionnels ou de taxe d'octroi.

Mais l'État qui dans le projet du Gouvernement ne devait intervenir que par des subventions facultatives, devra, d'après le projet de la commission, prendre part aux dépenses d'une façon obligatoire.

Les raisons données par les commissions ont paru si concluantes, si irréfutables que le Gouvernement n'a pu se soustraire à cette obligation.

La subvention de l'État aux départements pourra varier de 5 à 50 pour 100, selon le degré de pauvreté ou de richesse d'un département, et on prendra pour étalon la valeur du centime départemental par kilomètre carré, comme cela se pratique pour les chemins vicinaux. La subvention des départements aux communes sera fixée d'après la valeur du centime de ces communes et pourra varier de 10 à 80 pour 100 de la dépense.

Le rapporteur fait enfin ressortir les charges nouvelles que la loi fera peser sur les communes, les départements et l'État. En prenant pour base le fonctionnement de l'assistance dans les départements où elle est organisée on arrive à un chiffre total de dépenses de 8 millions en y comprenant 1 million entièrement à la charge de l'État pour frais d'inspection, de contrôle et traitement des malades sans domicile. Sur cette somme, 2 millions au plus incomberont à l'État.

La somme à demander à l'impôt par les départements ou communes, si on défalque les ressources spéciales et revenus des bureaux d'assistance, pourra s'élever à 4 millions.

Que contera l'assistance médicale à une commune de 500 habitants ? Si on applique la proportion d'indigents de 6,4 pour 100, que la statistique indique, elle aura 32 indigents. En comptant 1 malade par 2,71 inscrit et une dépense moyenne par malade de 6 fr. 90, les frais seront de 2 fr. 54 par indigent, soit un total de 81 fr. 40 ; il faut ajouter 1 malade par an à hospitaliser à raison de 1 fr. 50 par jour et pour 25 jours en moyenne, soit 37 fr. 50. C'est donc une dépense de 120 francs environ qui incombera à une commune de 500 habitants pour les soins médicaux de ses indigents, soit 24 centimes par habitant. Si on tient compte de la subvention du département qui pourra s'élever pour une commune de cette importance à 65 pour 100, il ne restera plus à la charge de la commune qu'une somme de 40 fr. environ.

Ce ne sera pas assurément à l'assistance médicale que l'on pourra appliquer ce que Jules Simon a dit de l'assistance en général ! « on est frappé à la fois de l'immensité de l'effort et de la nullité des résultats ».

Discussion du projet d'assistance à la Chambre. — La Chambre des Députés adopta le projet en première lecture dans sa séance du 11 juin 1892 et cela sans discussion ; car on ne peut donner ce nom à quelques observations échangées après le vote entre M. Brincard et M. Rey. M. Brincard se borna à critiquer, sur l'article 29, la disposition calculant la subvention de l'Etat en raison inverse de la

valeur du centime départemental par kilomètre carré et demanda la suppression des mots par *kilomètre carré*.

Le rapporteur fit observer que ce n'était pas là une innovation, cette base étant celle des subventions de l'Etat aux communes pour les chemins vicinaux.

Dans la séance du 12 décembre 1892, la Chambre a adopté en deuxième lecture le projet de loi. M. Brincard qui avait fait quelques réserves, le 11 juin, et qui avait déposé quelques amendements, s'était mis d'accord sur plusieurs points avec la commission, et il a abandonné les autres afin de ne point retarder le vote de la loi, dont il approuvait l'ensemble.

M. Lerois a exprimé des doutes au sujet de la dépense probable qu'entraînerait l'application de la loi, les prix énoncés par le Gouvernement et acceptés par la commission lui paraissant inférieurs à ce qu'ils seront en réalité. Le président de la commission, M. Labrousse, a montré que les chiffres ressortaient des statistiques établies dans les départements où fonctionne déjà le service de la médecine gratuite et M. Lerois n'a pas insisté.

VII

L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE DEVANT LE SÉNAT

Le 23 décembre 1892, le Gouvernement déposait au Sénat le projet de loi voté par la Chambre.

« La Chambre, disait l'exposé des motifs, a adopté le projet de loi du Gouvernement en apportant au texte primitif quelques modifications qui, d'ailleurs, n'en altèrent pas l'économie générale : pour les unes, l'accord s'était établi entre le Gouvernement et la commission ; pour les autres, qui sont sans grande importance, la commission, après un examen très mûri, a maintenu une rédaction un peu différente de celle du Gouvernement.

Aujourd'hui désireux de hâter le plus possible la mise à exécution d'une loi, dont le vote est réclamé avec instance par l'opinion et par de nombreux conseils généraux qui s'en sont faits les interprètes, le Gouvernement se borne à reprendre le texte du projet tel qu'il a été adopté par la Chambre des députés.

En le soumettant à vos délibérations le Gouvernement ne peut que se référer aux considérations générales développées dans l'exposé des motifs présenté à la Chambre des Députés et il a l'honneur d'appeler votre attention, Messieurs les sénateurs, sur la nécessité d'aboutir dans le moindre délai possible et sur le caractère d'urgence qu'offre une réforme depuis si longtemps promise, si longtemps attendue, conforme aux intérêts les plus vitaux de la République et du pays ».

La commission sénatoriale nommée le 16 janvier 1893 (MM. Th. Roussel, président, Lourtès, secrétaire, Guyot, Darbot, Rolland, Frézoul, Léon Labbé, Donnet, Cornil) partagea le même sentiment. Le choix comme rapporteur de M. Roussel, dont le nom est lié à toutes les réformes législatives d'assistance accomplies dans la troisième république, et qui, en qualité de vice-président du conseil supérieur de l'assistance publique avait collaboré directement au projet de loi d'assistance médicale, était à cet égard une indication précise.

Dans son rapport déposé le 10 février 1893, M. Roussel montre par quelles péripéties a passé depuis un siècle cette question de l'assistance médicale. Aujourd'hui la situation n'est plus tolérable ; il faut faire disparaître cette inégalité entre les indigents des communes dotées d'un service de médecine gratuite et les indigents des localités où, de l'aveu du Gouvernement lui-même, l'indigent malade peut souffrir et mourir sans être secouru.

Il faut voter le projet qui ne saurait être considéré comme une œuvre hâtive, encore moins comme un projet improvisé sous la pression d'un besoin mieux senti aujour-

d'hui par l'opinion publique ; il a d'anciennes et profondes racines non-seulement dans les études multiples et successives mais aussi dans l'expérience et les résultats acquis des services d'assistance dont diverses parties de notre pays sont depuis longtemps dotées.

Le rapporteur demande au Sénat d'accepter la rédaction votée par la Chambre des Députés après un examen sérieux. Quelques amendements avaient été présentés, leurs auteurs les ont retirés afin de ne pas retarder le vote d'une loi dont tout le monde reconnaît la nécessité.

Le Sénat discuta et vota en première lecture dans les séances des 10, 13 et 16 mai 1893 le projet de loi sur l'assistance médicale gratuite.

Après un exposé de la question fait par le rapporteur, M. Lesouëf s'attache au côté financier du projet ; il conteste les chiffres de la commission et compare ce que dépensent les sociétés de secours mutuels pour les soins médicaux. Pour lui le chiffre total des dépenses dépassera de beaucoup la somme de huit millions et pourra s'élever à treize millions.

M. Monod, commissaire du Gouvernement prenant ensuite la parole, fait un tableau des plus éloquents du projet en discussion. Il dit les services que rendra la loi et les bases sur lesquelles elle repose ; il termine son brillant discours par ces mots de Victor Hugo : « Substituer à l'aumône qui dégrade l'assistance qui fortifie. »

M. Félix Martin est encore plus pessimiste que M. Lesouëf, il évalue la dépense qu'occasionnera l'assistance médicale à 21 millions. Il cherche à prouver que pour une commune de 500 habitants, la dépense qui avait été éva-

luée à 120 francs au total, s'élèvera à plus de 260 francs. Il évalue à 9 francs ce que coûtera un indigent en se basant sur les dépenses ordinaires des sociétés de secours mutuels, soit 4 francs pour le médecin, 2 francs pour le pharmacien, 2 fr. 25 pour l'hospitalisation et 1 franc pour frais accessoires. Si on compte les indigents de France à raison de 6,4 pour 100, on arrive à un chiffre de 2,232,000 indigents et le total de la dépense atteint 21 millions. Mais si grand que soit le sacrifice, il s'impose, et je le voterai, dit M. Félix Martin, ce sera de l'argent bien employé.

M. Loubet dit qu'il est navrant de constater l'incurie, la mauvaise volonté qui existe dans la moitié des départements où l'assistance médicale n'existe pas. Il trouve beaucoup trop élevé le chiffre donné de 64 indigents par 1000 habitants, il n'est que de 27 à 30 en Angleterre et en Allemagne, et l'indigence n'est pas plus considérable dans notre pays que dans les pays voisins. Il ne faut pas oublier que la dépense de l'assistance dans 44 départements s'élève à guère plus de 2 millions. Qu'on fasse pour les autres départements ce qu'on fait pour ceux-là, si on ne peut pas appliquer la loi dans toutes ses dispositions.

Enfin M. Hervé de Saisy fait un appel chaleureux à ses collègues et dit que quel que soit le montant de la dépense, il ne peut concevoir une hésitation en présence de l'accomplissement d'un devoir d'humanité.

Et on passe à la discussion des articles : un certain nombre d'amendements défendus par leurs auteurs sont rejetés. Toutefois l'article 24 subit une modification par suite de l'adoption de l'amendement Merlet et de Carré. Le texte voté par la Chambre portait que le prix des

journées de malades placés dans les hôpitaux serait fixé par le Préfet, après avis du conseil général et ne pourrait être inférieur à la moyenne du prix de revient constaté pendant les cinq dernières années. D'après l'amendement c'était le conseil général qui devait fixer lui-même le prix des journées,

C'était créer une situation difficile et onéreuse aux hôpitaux dont les intérêts pourraient être sacrifiés à ceux des départements. Enfin, par suite de cette modification apportée dans le texte, le projet devait revenir à la Chambre, d'où retard considérable. Entre la première et la seconde lecture la commission des finances du Sénat, ainsi qu'il avait été spécifié formellement au cours de la première délibération, devait être appelée à émettre son avis sur les conséquences financières qui résulteraient de l'application de la réforme projetée.

Combien coûterait dans l'ensemble la réalisation de la réforme ? Combien, en particulier, coûterait-elle à l'Etat ? Des inquiétudes s'étaient manifestées en première lecture sur ce point important et les rapports de MM. Rey et Roussel laissaient subsister des hésitations. Le ministre des finances évaluait la dépense au double, à 16 millions. Mais un nouveau rapport de M. Monod leva tous les doutes et toutes les hésitations. En s'appuyant sur des données et des enquêtes sérieuses, ce dernier évalua les dépenses comme suit : 950.000 francs de frais de premier établissement attribués surtout à la création de lits et 7.075.515 francs de dépenses ordinaires et annuelles, soit 3.537.757 francs pour les communes, 2.231.085 pour les départements et 1.306.671 pour l'Etat.

En présence de ces conclusions présentant un caractère officiel, et malgré les chiffres fournis par l'administrateur des finances, les scrupules du sénat ont disparu et la commission des finances n'a plus hésité à donner un avis favorable.

Le projet sur l'assistance médicale vint en deuxième délibération devant le sénat le 12 juillet, c'est-à-dire 4 mois après la première lecture. Des amendements assez nombreux défendus avec vigueur par leurs auteurs mais combattus par le rapporteur, le commissaire du gouvernement M. Monod, furent tous rejetés. De plus l'article 24 qui avait été modifié en première lecture reprenait sa teneur première après une intervention éloquente du président du conseil.

Le texte voté par la Chambre était ainsi adopté sans modifications par le Sénat et la loi pouvait être promulguée. Heureuse solution, car on touchait au terme des pouvoirs de la Chambre des Députés. Modifier le texte du projet de loi, l'amender même d'accord avec le gouvernement, c'était renvoyer le projet devant une nouvelle Chambre, l'exposer aux hasards d'une révision peut-être complète, de retouches sans doute profondes; c'était en toute hypothèse ouvrir une porte à l'éventualité de l'ajournement indéfini d'une réforme si longtemps attendue.

Le sénat a compris le patriotique devoir que les circonstances lui imposaient, et il n'a pas voulu fournir un argument nouveau aux adversaires du régime parlementaire, qui concluent de sa lenteur à son impuissance.

VIII

LOI SUR L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE DU 15 JUILLET 1893.

TITRE PREMIER

ORGANISATION DE L'ASSISTANCE MÉDICALE.

Article premier. — Tout Français malade, privé de ressources, reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l'État, suivant son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile ou, s'il y a impossibilité de le soigner utilement à domicile, dans un établissement hospitalier.

Les femmes en couches sont assimilées à des malades.

Les étrangers malades, privés de ressources, seront assimilés aux Français toutes les fois que le Gouvernement aura passé un traité d'assistance réciproque avec leur nation d'origine.

Art. 2. — La commune, le département ou l'État, peuvent toujours exercer leurs recours, s'il y a lieu, soit l'un contre l'autre, soit contre toutes personnes, sociétés ou corporations tenues à l'assistance médicale envers l'indigent malade, notamment

contre les membres de la famille de l'assisté désignés par les articles 205, 206, 207 et 212 du Code civil.

Art. 3. — Toute commune est rattachée pour le traitement de ses malades à un ou plusieurs des hôpitaux les plus voisins.

Dans le cas où il y a impossibilité de soigner utilement un malade à domicile, le médecin délivre un certificat d'admission à l'hôpital. Ce certificat doit être contresigné par le président du bureau d'assistance ou de son délégué.

L'hôpital ne pourra réclamer à qui de droit le remboursement des frais de journée qu'autant qu'il représentera le certificat ci-dessus.

Art. 4. — Il est organisé dans chaque département, sous l'autorité du préfet et suivant les conditions déterminées par la présente loi, un service d'assistance médicale gratuite pour les malades privés de ressources.

Le Conseil général délibère dans les conditions prévues par l'article 48 de la loi du 10 août 1871 :

1° Sur l'organisation du service de l'assistance médicale, la détermination et la création des hôpitaux auxquels est rattaché chaque commune ou syndicat de communes.

2° Sur la part de la dépense incombant aux communes et au département.

Art. 5. — A défaut de délibération du Conseil général sur les objets prévus à l'article précédent, ou en cas de la suspension de la délibération en exécution de l'article 49 de la loi du 10 août 1871, il peut être pourvu à la réglementation du service par un décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique.

TITRE II

DOMICILE DE SECOURS.

Art. 6. — Le domicile de secours s'acquiert :

1° Par une résidence habituelle d'un an dans une commune, postérieurement à la majorité ou à l'émancipation ;

2° Par la filiation. L'enfant a le domicile de secours de son père. Si la mère a survécu au père ou si l'enfant est un enfant naturel reconnu par sa mère seulement, il a le domicile de sa mère. En cas de séparation de corps ou de divorce des époux, l'enfant légitime partage le domicile de l'époux à qui a été confié le soin de son éducation ;

3° Par le mariage. La femme, du jour de son mariage, acquiert le domicile de secours de son mari. Les veuves, les femmes divorcées ou séparées de corps conservent le domicile de secours antérieur à la dissolution du mariage ou au jugement de séparation.

Pour les cas non prévus dans le présent article, le domicile de secours est le lieu de la naissance jusqu'à la majorité ou à l'émancipation.

Art. 7. — Le domicile de secours se perd :

1° Par une absence ininterrompue d'une année postérieurement à la majorité ou à l'émancipation ;

2° Par l'acquisition d'un autre domicile de secours.

Si l'absence est occasionnée par des circonstances excluant toute liberté de choix de séjour ou par un traitement dans un établissement hospitalier situé en dehors du lieu habituel de rési-

dence du malade, le délai d'un an ne commence à courir que du jour où ces circonstances n'existent plus.

Art. 8. — A défaut de domicile de secours communal, l'assistance médicale incombe au département dans lequel le malade privé de ressources aura acquis son domicile de secours.

Quand le malade n'a ni domicile de secours communal, ni domicile de secours départemental, l'assistance médicale incombe à l'État.

Art. 9. — Les enfants assistés ont leur domicile de secours dans le département au service duquel ils appartiennent jusqu'à ce qu'ils aient acquis un autre domicile de secours.

TITRE III

BUREAU ET LISTE D'ASSISTANCE.

Art. 10. — Dans chaque commune, un bureau d'assistance assure le service de l'assistance médicale.

La Commission administrative du bureau d'assistance est formée par les Commissions administratives réunies de l'hospice et du bureau de bienfaisance, ou par cette dernière seulement, quand il n'existe pas d'hospice dans la commune.

A défaut d'hospice ou de bureau de bienfaisance, le bureau d'assistance est régi par la loi du 21 mai 1873 (articles de 1 à 5), modifiée par la loi du 5 août 1879 et possède, outre les attributions qui lui sont dévolues par la présente loi, tous les droits et attributions qui appartiennent au bureau de bienfaisance.

Art. 11. — Le président du bureau d'assistance a le droit d'ac-

cepter, à titre conservatoire, des dons et legs et de former, avant l'autorisation, toute demande en délivrance.

Le décret du Président de la République ou l'arrêté du préfet, qui interviennent ultérieurement, ont effet du jour de cette acceptation.

Le bureau d'assistance est représenté en justice et dans tous les actes de la vie civile par un de ses membres que ses collègues élisent, à cet effet, au commencement de chaque année.

L'administration des fondations, dons et legs qui ont été faits aux pauvres ou aux communes, en vue d'assurer l'assistance médicale, est dévolue au bureau d'assistance.

Les bureaux d'assistance sont soumis aux règles qui régissent l'administration et la comptabilité des hospices en ce qu'elles n'ont rien de contraire à la présente loi.

Art. 42. — La Commission administrative du bureau d'assistance, sur la convocation de son président, se réunit au moins quatre fois par an.

Elle dresse, un mois avant la première session ordinaire du Conseil municipal, la liste des personnes qui, ayant dans la commune leur domicile de secours, doivent être, en cas de maladie, admises à l'assistance médicale, et elle procède à la révision de cette liste un mois avant chacune des trois autres sessions.

Le médecin de l'assistance ou un délégué des médecins de l'assistance, le receveur municipal et un des répartiteurs désignés par le sous-préfet, peuvent assister à la séance avec voix consultative.

Art. 43. — La liste d'assistance médicale doit comprendre nominativement tous ceux qui seront admis aux secours, lors même qu'ils sont membres d'une même famille.

Art. 14. — La liste est arrêtée par le Conseil municipal qui délibère en comité secret; elle est déposée au secrétariat de la mairie.

Le maire donne avis du dépôt par affiche aux lieux accoutumés.

Art. 15. — Une copie de la liste et du procès-verbal constatant l'accomplissement des formalités prescrites par l'article précédent est en même temps transmise au sous-préfet de l'arrondissement.

Si le préfet estime que les formalités prescrites par la loi n'ont pas été observées, il défère les opérations, dans les huit jours de la réception de la liste, au conseil de préfecture qui statue dans les huit jours et fixe, s'il y a lieu, le délai dans lequel les opérations annulées seront refaites.

Art. 16. — Pendant un délai de vingt jours à compter du dépôt, les réclamations en inscription ou en radiation peuvent être faites par tout habitant ou contribuable de la commune.

Art. 17. — Il est statué souverainement sur ces réclamations; le maire entendu ou dûment appelé, par une Commission cantonale composée du sous-préfet de l'arrondissement, du conseiller général, d'un conseiller d'arrondissement dans l'ordre de nomination et du juge de paix du canton.

Le sous-préfet ou, à son défaut, le juge de paix préside la Commission.

Art. 18. — Le président de la Commission donne, dans les huit jours, avis des décisions rendues au sous-préfet et au maire, qui opèrent sur la liste les additions ou les retranchements prononcés.

Art. 19. — En cas d'urgence, dans l'intervalle de deux sessions, le bureau d'assistance peut admettre provisoirement, dans les conditions de l'article 12 de la présente loi, un malade non inscrit sur la liste.

En cas d'impossibilité de réunir à temps le bureau d'assistance, l'admission peut être prononcée par le maire, qui en rend compte, en comité secret, au Conseil municipal dans sa plus prochaine séance.

Art. 20. — En cas d'accident ou de maladie aiguë, l'assistance médicale des personnes qui n'ont pas le domicile de secours dans la commune où s'est produit l'accident ou la maladie incombe à la commune, dans les conditions prévues à l'article 21, s'il n'existe pas d'hôpital dans la commune.

L'admission de ces malades à l'assistance médicale est prononcée par le maire, qui avise immédiatement le préfet et en rend compte, en comité secret, au Conseil municipal dans sa plus prochaine séance.

Le préfet accuse réception de l'avis et prononce dans les dix jours sur l'admission aux secours de l'assistance.

Art. 21. — Les frais avancés par la commune en vertu de l'article précédent, sauf pour les dix premiers jours de traitement, sont remboursés par le département d'après un état régulier dressé conformément au tarif fixé par le Conseil général.

Le département qui a fourni l'assistance peut exercer son recours contre qui de droit. Si l'assisté a son domicile de secours dans un autre département, le recours est exercé contre le département, sauf la faculté pour ce dernier d'exercer à son tour son recours contre qui de droit.

Art. 22. — L'inscription sur la liste prévue à l'article 12 con-

tinue à valoir pendant un an, au regard des tiers, à partir du jour où la personne inscrite a quitté la commune, sauf la faculté pour la commune de prouver que cette personne n'est plus en situation d'avoir besoin de l'assistance médicale gratuite.

Art. 23. — Le préfet prononce l'admission aux secours de l'assistance médicale des malades privés de ressources et dépourvus d'un domicile de secours communal.

Le préfet est tenu d'adresser, au commencement de chaque mois, à la Commission départementale ou au Ministre de l'Intérieur, suivant que l'assistance incombe au département ou à l'État, la liste nominative des malades ainsi admis pendant le mois précédent aux secours de l'assistance médicale.

TITRE IV

SECOURS HOSPITALIERS.

Art. 24. — Le prix de journée des malades placés dans les hôpitaux aux frais des communes, des départements ou de l'État est réglé, par arrêté du préfet, sur la proposition des Commissions administratives de ces établissements et après avis du Conseil général du département, sans qu'on puisse imposer un prix de journée inférieur à la moyenne du prix de revient constaté pendant les cinq dernières années.

Art. 25. — Les droits résultant d'actes de fondations, des édits d'union ou de conventions particulières sont et demeurent réservés.

Il n'est pas dérogé à l'article premier de la loi du 7 août 1851.

Tous les lits dont l'affectation ne résulte pas des deux paragraphes précédents ou qui ne seront pas reconnus nécessaires aux

services des vieillards ou incurables, des militaires, des enfants assistés et des maternités seront affectés au service de l'assistance médicale.

TITRE V

DÉPENSES, VOIES ET MOYENS.

Art. 26. — Les dépenses du service de l'assistance médicale se divisent en dépenses ordinaires et dépenses extraordinaires :

Les dépenses ordinaires comprennent :

1° Les honoraires des médecins, chirurgiens et sages-femmes du service d'assistance à domicile ;

2° Les médicaments et appareils ;

3° Les frais de séjour des malades dans les hôpitaux.

Ces dépenses sont obligatoires. Elles sont supportées par les communes, le département et l'État, suivant les règles établies par les articles 27, 28 et 29.

Les dépenses extraordinaires comprennent les frais d'agrandissement et de construction d'hôpitaux.

L'État contribuera à ces dépenses par des subventions dans la limite des crédits votés.

Chaque année une somme sera à cet effet inscrite au budget.

Art. 27. — Les communes dont les ressources spéciales de l'assistance médicale et les ressources ordinaires inscrites à leur budget sont insuffisantes pour couvrir les frais de ce service, sont autorisées à voter des centimes additionnels aux quatre contributions directes ou des taxes d'octroi pour se procurer le complément de ressources nécessaires.

Les taxes d'octroi votées en vertu du paragraphe précédent

seront soumises à l'approbation de l'autorité compétente, conformément aux dispositions de l'article 137 de la loi du 5 avril 1884.

La part que les communes seront obligées de demander aux centimes additionnels ou aux taxes d'octroi ne pourra être moindre de 20 0/0 ni supérieure à 90 0/0 de la dépense à couvrir, conformément au tableau A ci-annexé.

Art. 28. — Les départements, outre les frais qui leur incombent de par les articles précédents, sont tenus d'accorder aux communes qui auront été obligées de recourir à des centimes additionnels ou à des taxes d'octroi, des subventions d'autant plus fortes que leur centime sera plus faible, mais qui ne pourront dépasser 80 0/0, ni être inférieures à 10 0/0 du produit de ces centimes additionnels ou taxes d'octroi, conformément au tableau A précité.

En cas d'insuffisance des ressources spéciales de l'assistance médicale et des ressources ordinaires de leur budget, ils sont autorisés à voter des centimes additionnels aux quatre contributions directes dans la mesure nécessitée par la présente loi.

Art. 29. — L'État concourt aux dépenses départementales de l'assistance médicale par des subventions aux départements dans une proportion qui variera de 10 à 70 0/0 du total de ces dépenses couvertes par des centimes additionnels, et qui sera calculée en raison inverse de la valeur du centime départemental par kilomètre carré, conformément au tableau B ci-annexé.

L'État est en outre chargé :

1° Des dépenses occasionnées par le traitement des malades n'ayant aucun domicile de secours ;

2° Des frais d'administration relatifs à l'exécution de la présente loi.

TITRE VI

DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

Art. 30. — Les communes, les départements, les bureaux de bienfaisance et les établissements hospitaliers possédant, en vertu d'actes de fondations, des biens dont le revenu a été affecté par le fondateur à l'assistance médicale des indigents à domicile sont tenus de contribuer aux dépenses du service de l'assistance médicale jusqu'à concurrence dudit revenu, sauf ce qui a été dit à l'article 25.

Art. 31. — Tous les recouvrements relatifs au service de l'assistance médicale s'effectuent comme en matière de contributions directes.

Toutes les recettes du bureau d'assistance pour lesquelles les lois et règlements n'ont pas prévu un mode spécial de recouvrement s'effectuent sur les états dressés par le président.

Ces états sont exécutoires après qu'ils ont été visés par le préfet ou le sous-préfet.

Les oppositions, lorsque la matière est de la compétence des tribunaux ordinaires, sont jugées comme affaires sommaires et le bureau peut y défendre sans autorisation du Conseil de préfecture.

Art. 32. — Les certificats, significations, jugements, contrats, quittances et autres actes faits en vertu de la présente loi et exclusivement relatifs au service de l'assistance médicale sont

dispensés du timbre et enregistrés gratis lorsqu'il y a lieu à la formalité de l'enregistrement, sans préjudice du bénéfice de la loi du 22 janvier 1851 sur l'assistance judiciaire.

Art. 33. — Toutes les contestations relatives à l'exécution, soit de la délibération du Conseil général prise en vertu de l'article 4, soit du décret rendu en vertu de l'article 5, ainsi que les réclamations des Commissions administratives relatives à l'exécution, soit de l'arrêté préfectoral, soit du décret prévus à l'article 24, sont portées devant le Conseil de préfecture du département du requérant et, en cas d'appel, devant le Conseil d'État.

Les pourvois devant le Conseil d'État dans les cas prévus au paragraphe précédent sont dispensés de l'intervention de l'avocat.

Art. 34. — Les médecins du service de l'assistance médicale gratuite ne pourront être considérés comme inéligibles au Conseil général ou au Conseil d'arrondissement à raison de leur rétribution sur le budget départemental.

Art. 35. — Les communes ou syndicats de communes qui justifient remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers leurs malades peuvent être autorisés par une décision spéciale du Ministre de l'Intérieur, rendue après avis du Conseil supérieur de l'assistance publique, à avoir une organisation spéciale.

Art. 36. — Sont abrogées les dispositions du décret-loi du 24 vendémiaire an II, en ce qu'elles ont de contraire à la présente loi.

TABLEAU A

Servant à déterminer la part de dépense à couvrir par les communes au moyen des ressources extraordinaires (centimes additionnels et taxes d'octroi) et le montant de la subvention qui doit leur être allouée pour l'assistance médicale gratuite, eu égard à la valeur du centime additionnel.

VALEUR DU CENTIME	PORTION DE LA DÉPENSE À COUVRIR	
	par les communes au moyen des ressources extraordinaires	par le département au moyen de ses subventions et de celles de l'État
Au-dessous de 20 francs.....	20 0/0	80 0/0
De 20 fr. 01 à 40 francs.....	25 —	75 —
De 40 fr. 01 à 60 francs.....	30 —	70 —
De 60 fr. 01 à 80 francs.....	35 —	65 —
De 80 fr. 01 à 100 francs.....	40 —	60 —
De 100 fr. 01 à 200 francs.....	50 —	50 —
De 200 fr. 01 à 300 francs.....	60 —	40 —
De 300 fr. 01 à 600 francs.....	70 —	30 —
De 600 fr. 01 à 900 francs.....	80 —	20 —
De 900 fr. 01 et au-dessus.....	90 —	10 —

TABLEAU B

Servant à déterminer le montant de la subvention qui doit être allouée par l'État aux départements pour leur part dans les frais de l'assistance médicale, eu égard à la valeur du centime départemental par kilomètre carré.

VALEUR DU CENTIME par kilomètre carré	COEFFICIENT de subventions de l'État	DÉPENSES à couvrir par le département
Au-dessous de 2 francs.....	70 0/0	30 0/0
De 2 fr. 01 à 2 fr. 50.....	65 —	35 —
De 2 fr. 51 à 3 fr.....	60 —	40 —
De 3 fr. 01 à 3 fr. 50.....	55 —	45 —
De 3 fr. 51 à 4 francs.....	50 —	50 —
De 4 fr. 01 à 4 fr. 75.....	45 —	55 —
De 4 fr. 76 à 6 francs.....	40 —	60 —
De 6 fr. 01 à 9 francs.....	30 —	70 —
De 9 fr. 01 à 15 francs.....	20 —	80 —
Au-dessus de 15 francs.....	10 —	90 —

IX

CIRCULAIRE MINISTÉRIELLE AUX PREFETS SUR L'APPLICATION DE LA LOI DU 15 JUIL- LET 1893.

Le 18 mai 1894, M. le Ministre de l'intérieur adressait aux Préfets une très longue circulaire signée, pour le ministre, par M. Monod et contenant des observations générales sur la loi du 15 juillet 1893.

Nous ne pouvons ici suivre cette circulaire sur tous les points qu'elle traite et discute avec une grande clarté, et nous nous en tiendrons au côté de la question, qui intéresse particulièrement le corps médical.

Article 1^{er}. — Une condition requise des personnes appelées à l'assistance médicale gratuite est le fait d'être *malade*, la loi laissant en dehors de son application en tant que tels les vieillards, les infirmes incurables. Les malades sont ceux qui pourraient être admis dans un hôpital mais ne seraient pas reçus dans un hospice ; les femmes en couche sont assimilées aux malades.

On doit pour des raisons d'économie, de morale et d'hy-

giène, donner la préférence aux secours à domicile, et ce n'est que dans le cas où il y aurait impossibilité de soigner le malade à domicile que l'assistance sera fournie sous forme de secours hospitaliers : ce n'est donc qu'en cas de nécessité absolue qu'il faudrait soustraire le malade à son milieu naturel, dispenser sa famille des soins qu'elle lui doit, l'exposer aux dangers de l'accumulation des maladies diverses, imposer aux contribuables des charges plus lourdes.

Art. 5. — Le projet de loi proposait la création obligatoire des dispensaires. La Chambre des Députés n'a pas cru possible d'édicter à cet égard une disposition générale, l'application pouvant soulever parfois des difficultés sérieuses. Cependant l'expérience prouve que cette institution peut rendre les plus grands services à très peu de frais. Le local qui est fourni par la mairie où le médecin se rend à jour et heure fixes, et qui peut n'être affecté à cet usage qu'aux jours et heures de consultation, est pourvu d'une petite pharmacie. Dans les communes plus importantes où le dispensaire sera un établissement distinct, on pourra installer en outre un modeste service d'hydrothérapie. Un infirmier ou une infirmière suffit pour la garde et l'entretien du dispensaire. En créant un grand nombre de ces établissements, on restreindra beaucoup le nombre des hospitalisations et on développera singulièrement les heureux effets de la loi.

Un dispensaire pourra d'ailleurs servir à plusieurs communes contiguës. On pourrait encore traiter avec un dispensaire privé.

Il y aura des circonstances qui rendront impossible

l'assistance à domicile : nature de l'affection, insalubrité de la demeure, absence de personnes capables de garder le malade. Cette impossibilité devra être constatée dans le certificat d'admission à l'hôpital que délivrera, sous sa responsabilité, le médecin traitant. Celui-ci ne devra pas se borner à affirmer l'impossibilité, il aura le devoir de motiver son opinion, d'indiquer d'une manière précise la raison qui nécessite l'hospitalisation. Tout en rendant hommage au dévouement traditionnel du corps médical, il convient de se mettre en garde contre l'inclinaison que pourraient avoir certains praticiens à envoyer trop facilement les malades à l'hôpital. Le certificat médical devra être contresigné par le président du bureau d'assistance ou par son délégué. Autant que possible ce délégué ne devra pas être médecin, car le médecin du bureau accepterait sans doute difficilement le contrôle d'un confrère. Si le maire était lui-même le médecin de service, le contreseing serait donné par un adjoint.

Art. 4. — La circulaire ministérielle interprète l'article 4 au point de vue de l'organisation du service médical par le conseil général. Un chapitre spécial sera consacré à cette importante question.

Art. 6 à 9. — Ces articles fixent le domicile de secours et ne présentent que peu d'intérêt au point de vue professionnel.

Art. 10. — Le législateur a eu la précaution de créer l'unité de direction du service d'assistance, en respectant dans la plus large mesure les institutions existantes et en créant un organe là où il n'existe rien. Les types anciens d'établissements de bienfaisance sont respectés, mais au

nouveau bureau sont conférés toutes les attributions que comporte son rôle dans le service obligatoire de l'assistance médicale.

Si la commune possède un bureau de bienfaisance et un établissement hospitalier les deux commissions se réunissent pour former le bureau d'assistance médicale qui n'a dans ses attributions que l'assistance à domicile. Si la commune possède seulement un bureau de bienfaisance, c'est la commission de ce bureau de bienfaisance qui a dans ses attributions l'assistance à domicile et hospitalière. Si la commune possède seulement un établissement hospitalier, c'est la commission administrative qui remplit le rôle de bureau d'assistance en ayant toutes les attributions et tous les droits d'un bureau de bienfaisance. Si la commune ne possède ni bureau de bienfaisance, ni établissement hospitalier, il est nommé un bureau d'assistance en procédant comme pour un bureau de bienfaisance ; ce bureau réunit dans ses mains les services d'assistance publique.

Pour la constitution de ces bureaux les Préfets devront choisir pour délégués de l'administration les personnes les mieux à même de connaître et d'apprécier les besoins des populations sous le rapport de l'assistance. Là où l'on pourrait trouver des médecins indépendants du service, par exemple ayant cessé d'exercer et où les circonstances locales permettront de s'adresser à eux, on jugera sans doute qu'il est avantageux de faire appel à leurs concours.

Article 12. -- La liste est dressée par le bureau d'assistance un mois avant la première session du conseil municipal et revisée un mois avant chacune des autres sessions du conseil municipal.

La liste doit être dressée intégralement au début de chaque année et seulement révisée tous les trimestres. La liste d'assistance doit comprendre toutes les personnes qui ont dans la commune leur domicile de secours et dont on peut penser raisonnablement que, si elles tombent malades dans le cours du trimestre, elles auront besoin de tout ou en partie de l'assistance médicale gratuite. Aussi les personnes ne sont pas nécessairement dans un état d'indigence attesté par un certificat de non-inscription ou par l'inscription sur la liste du bureau de bienfaisance, ce sont bien les individus dénués habituellement de ressources, mais ce sont aussi ceux dont la situation de famille et de fortune est telle que, suivant toute probabilité, ils seraient privés de ressources le jour où la maladie surviendrait.

Pour l'établissement de la liste d'assistance la loi adjoint à la commission administrative des collaborateurs qui seront en position de la seconder utilement. L'intervention du médecin de l'assistance ou d'un délégué des médecins de l'assistance constituera une garantie sérieuse contre l'extension abusive de la liste, puisque l'intérêt professionnel du corps médical, d'accord avec celui des finances publiques, sera que les secours soient réservés à ceux qui ne pourraient se suffire.

L'article dit : « Le médecin de l'assistance ou un délégué du médecin de l'assistance. » Cette dernière expression est destinée à sauvegarder les droits du corps médical dans les départements qui auront adopté le système dans lequel il n'y a pas un médecin désigné par chaque circonscription.

Le médecin *pourra assister* à la séance. D'après les explications fournies au Sénat par le commissaire du Gouvernement, ces mots : « pourra assister » déterminent un droit. La loi n'a pas dit « assiste » afin de ne pas donner à croire que sa présence est une condition essentielle pour la validité des délibérations. Mais qui dit « peut assister » dit « a droit d'assister. » Ce droit serait illusoire si la convocation n'était pas obligatoire. Aussi le médecin de l'assistance ou le délégué des médecins devra être convoqué aux séances du bureau quand il s'agira de dresser ou de réviser la liste d'assistance. Comme le receveur municipal et le répartiteur, il n'aura que voix consultative.

Art. 15. — La liste d'assistance comprend nominativement tous ceux qui, en cas de maladie, sont appelés à bénéficier de l'assistance médicale, lors même qu'ils sont membres d'une même famille.

Il peut arriver que dans une même famille quelques membres seulement soient dépourvus de ressources ; seuls ces derniers seront compris sur les listes.

Cependant lorsqu'on se trouvera en présence d'un père de famille n'ayant pour vivre et nourrir sa famille que le produit de son travail, il sera inscrit seul sur la liste et les autres membres de sa famille seulement pour le cas où il serait malade lui-même. Qu'un de ses enfants tombe malade, il pourra pourvoir à cette nécessité. Mais si c'est lui-même que la maladie atteint il n'a plus le moyen de payer le médecin et le pharmacien ; il en est de même si sa femme ou ses enfants tombent malades pendant qu'il est malade lui-même.

Les assistés pourront être secourus au point de vue médical et pharmaceutique ou médical seulement, mais l'inscription sur la liste ne constitue pas un droit à l'assistance et par suite la commission administrative du bureau a toujours la faculté de mesurer l'assistance aux besoins actuels des individus secourus.

Art. 19. — La décision du bureau d'assistance, admettant des malades aux secours par raison d'urgence, dans l'intervalle de deux sessions du conseil municipal, sera prise dans les conditions de l'article 12, c'est-à-dire que le médecin de l'assistance ou un délégué des médecins de l'assistance, le receveur municipal, un des répartiteurs désigné par le Sous-Préfet, pourront assister avec voix consultative et que ces trois personnes devront être convoquées.

Art. 20. — Tout individu privé de ressources, atteint par la maladie ou par un accident, doit être immédiatement soigné. Si son cas exige l'hospitalisation et que la maladie ou l'accident se soit produit dans une commune pourvue d'un hôpital, son traitement restera à la charge de l'hôpital. S'il peut être soigné à domicile ou si, devant être hospitalisé, il se trouve dans une commune non pourvue d'hôpital, c'est la commune où l'accident se sera produit où la maladie se sera déclarée, qui sera tenue de fournir l'assistance à domicile ou à l'hôpital.

En cas d'une des maladies transmissibles dont la déclaration a été rendue obligatoire par la loi du 30 novembre 1892, la collectivité a l'intérêt le plus évident à ce que le maire prononce immédiatement l'admission aux secours même de ceux qui n'auraient pas leur domicile de secours dans la commune.

Art. 26. — Le tarif et la quotité des dépenses sont fixées par le conseil général (art. 4) pour les honoraires des médecins, chirurgiens, sages-femmes, pour les médicaments, les appareils et par arrêté du préfet (art. 24) pour le prix de journée dans les hôpitaux.

Art. 39. — Il faudra pourvoir aux frais d'administration que nécessitera la loi du 15 juillet 1893. Ces frais résulteront notamment de la nécessité d'exercer au moyen des contrôleurs généraux, ou bien au moyen des inspecteurs du service des enfants assistés, chargés de cette nouvelle mission, un contrôle exact et une surveillance efficace sur l'organisation, et le fonctionnement du nouveau service.

Art. 34. — Un arrêt du conseil d'Etat (8 février 1884) a décidé que le médecin cantonal jouissant d'un traitement inscrit au budget départemental, et qui n'a pas renoncé à cette rétribution, se trouvait dans l'un des cas d'incompatibilité prévus par la loi du 10 août 1871.

En décidant que les médecins du service de l'assistance médicale ne pourront être considérés comme inéligibles, le législateur a voulu éviter que ce service se trouvât privé du concours précieux des praticiens qui eussent peut-être hésité à renoncer à leur mandat électif.

X

OPINION DE LA PRESSE MÉDICALE, DU CON- GRÈS DE LYON (1894), DES ASSOCIATIONS MÉDICALES SUR LA LOI DU 15 JUILLET 1893.

PRESSE MÉDICALE. — La presse médicale ne s'est que fort peu intéressée au projet et à la loi d'assistance, et on ne trouve çà et là que de rares articles sur cette question. Il semble qu'en face du rôle joué par le corps médical tout entier, qui a montré tant de désintéressement, qui a été à peu près le seul à secourir réellement les malheureux et à supporter le fardeau de l'assistance, nos journaux, qui sont les représentants, les porte-paroles du savant comme du modeste et humble médecin de campagne, ont rougi de discuter ces questions financières, alors qu'elles touchaient aux soins à donner aux malades pauvres ; ils ont vu, peut-être, comme à regret, le médecin forcé de renoncer pour un maigre salaire à la reconnaissance de tant de pauvres gens ; ils ont regretté, sans doute, que comme par le passé le dévouement à cette grande et belle cause de l'humanité

souffrante ne fût encore le plus bel héritage que le médecin pût laisser à ses enfants.

Bulletin médical. — Ne s'occupe que de la partie intéressante particulièrement le médecin. L'assistance nécessaire partout n'existait guère que dans les agglomérations un peu importantes ; dans la campagne tout était laissé à la charge ou du médecin ou de l'initiative privée.

« Dorénavant si nos confrères sont encore obligés souvent de donner gratuitement une grande partie de leur temps, il est permis d'espérer que dans les cas particuliers, ils recevront au moins une petite part de la rémunération à laquelle ils ont droit. Les dépenses qui devaient être faites de ce chef prouveront combien a été grand le désintéressement du corps médical et qu'elle a été sa large part dans les sacrifices faits pour les indigents. »

Progrès médical. — Montre d'abord le beau rôle joué dans les questions d'assistance par le corps médical. Il ne s'explique pas comment il se fait que le médecin ne fasse partie de la commission d'assistance qu'à titre consultatif. En contact de tous les instants avec les pauvres, il connaît mieux que tout autre les personnes qui doivent être inscrites sur la liste des indigents. Et s'il a intérêt à ce que cette liste comprenne nominativement tous les indigents, il n'a pas un intérêt moindre à en faire éliminer ceux qui peuvent supporter les frais d'une maladie et les divers contre-coups d'un chômage momentané ; en s'assurant une meilleure rémunération de ses peines et soins, le médecin sauvegardera donc les finances communales, que des considérations politiques ou autres pourraient compromettre.

On ne comprend pas que le Gouvernement n'ait pas

songé à donner une place au médecin dans les bureaux d'assistance et dans les conseils d'administration des hôpitaux ruraux. Qui pourrait blâmer le rôle prépondérant des médecins au sein des commissions de l'assistance ? Ne le devra-t-il pas à ses études aux connaissances spéciales qui lui ont fait obtenir un diplôme dont, après tout, il a le droit de se prévaloir.

Gazette des Hôpitaux. — « Jamais, docteurs ou officiers de santé, n'ont refusé leurs conseils et leurs soins aux pauvres et aux déshérités ; mais il faut de toute nécessité qu'ils puissent trouver dans leurs autres malades une juste rémunération. Nous sommes persuadés qu'il est peu de régions de la France où des médecins n'aient tenté de s'établir, et ils ont renoncé à leur tâche, si des localités se sont trouvées privées de médecin, c'est qu'il ne trouvait pas dans ce pays de quoi parer aux nécessités de l'existence.

Dans les autres villages, dont la population est moins pauvre, le médecin est resté partageant ses soins entre les indigents et ceux qui pouvaient lui servir de modestes honoraires. Mais malgré tout son dévouement, toute sa sollicitude, le médecin de campagne, souvent seul dans son canton, ne peut suffire à toute cette clientèle. Le nombre des malades est trop considérable, la distance qui sépare les villages est trop grande. Il faudrait deux médecins, mais deux médecins ne pourraient y vivre, un seul y végète à grand'peine.

Dorénavant, l'assistance médicale sera due aux indigents. Mais l'assistance médicale ne peut être due que si par des moyens financiers appropriés, le médecin est

indemnisé de ses peines et de ses fatigues. Si l'État et les communes ont su s'imposer pour la création de chemins vicinaux, de maisons d'école, du service des aliénés, des enfants assistés, il est légitime que l'État et les communes se chargent du service médical des indigents. C'est le véritable remède à apporter à la disparition du médecin dans certains centres. Le médecin ne marchandera jamais ni son temps ni son dévouement, à la condition toutefois qu'il puisse, là où il exerce sa profession, trouver de quoi vivre pour lui et pour les siens ».

Annales d'hygiène. — « Il y a seulement des mois qu'une loi formelle est enfin venue mettre officiellement un terme à l'arbitraire, nous devrions même dire à l'incohérence des divers systèmes jusqu'alors en vigueur sur les points du territoire où il existait quelque organisation d'assistance médicale ».

L'auteur de l'article passe rapidement la loi en revue, il regrette qu'on n'ait pas étendu explicitement le principe de la création de petits hôpitaux, de l'installation de dispensaires où se fussent données des consultations gratuites et où se fut faite la distribution gratuite des médicaments aux personnes assistées ; d'infirmières, hôpitaux rudimentaires, destinés aux malades hors d'État de recevoir l'assistance à domicile, à raison de la nature même de leur maladie ou des conditions défectueuses de leurs habitations particulières, ce qui se présente fréquemment.

Il est à craindre que les hôpitaux n'exagèrent le prix de revient d'une journée de malade, ce qui augmenterait naturellement les dépenses des communes ; aussi serait-il

préférable de créer de petits hôpitaux cantonaux qui recevraient les malades, ne pouvant être soignés chez eux et peu disposés à s'exiler jusqu'au chef-lieu. De modestes établissements suffiraient pour remplir ce but, et il y aurait lieu de compter sur des dotations en faveur d'une œuvre toute locale. Enfin les *Annales* se préoccupent de la question de la fourniture des médicaments, qui laissera beaucoup à désirer dans bien des localités dépourvues de pharmacien et demandent l'installation dans les communes éloignées d'une petite pharmacie contenant les médicaments les plus usuels en vue des cas pressants. Mais qui délivrera ces médicaments, qui les administrera chez les malades sans parents, sans voisins ? Les sœurs, le curé ou l'instituteur. Il faut laisser aux communes le soin de régler ces petits détails. »

CONGRÈS DE LYON DE 1894. — Le Congrès national d'assistance de Lyon s'est occupé dans sa séance générale du 29 juin, présidée par M. Caillemer, de la loi du 15 juillet 1893.

MM. Napias et Rondel avaient rédigé le rapport relatif à cette importante question, qui entrait dans les attributions de la troisième section.

Les rapporteurs se sont efforcés de vulgariser par l'intermédiaire du Congrès les principes généraux de la loi nouvelle et ses conditions de fonctionnement.

Nous allons donner un court résumé de leur travail qui a reçu l'approbation du congrès :

Les caractères essentiels de la loi sont les suivants :

1° L'obligation de l'assistance médicale vis-à-vis de tout malade pauvre ;

2° Le choix de la commune comme base principale de toute organisation nouvelle ;

3° La solidarité du département et subsidiairement la solidarité de l'État avec la commune dans l'acquittement de la dette d'assistance ;

4° La liberté accordée aux départements et, dans certaines conditions, aux communes de s'acquitter de cette dette au mieux des convenances locales.

Ceci posé, MM. Napias et Rondel examinent successivement, en se plaçant au point de vue de l'application de la loi dans une commune, de la loi vue par en bas, de l'organisation créée pour l'exécution de la loi, les préliminaires du fonctionnement du service, et enfin le fonctionnement normal de ce service.

Ce plan leur fournit l'occasion d'étudier d'abord ce que sont les nouveaux bureaux d'assistance dont toute commune doit être pourvue, ce qu'est leur occupation et ce que sont leurs attributions, suivant que le nouvel organe d'assistance existe seul dans la commune ou coexiste avec, soit un bureau de bienfaisance, soit une commission des hospices, soit tous les deux. Ils indiquent quel sera le rôle du président du bureau et le rôle du ou des médecins de l'assistance ; comment, au point de vue du mode de recrutement des médecins et leur rémunération, les conseils généraux sont à peu près les maîtres.

Passant aux préliminaires du fonctionnement et du service, ils exposent comment seront tracées les circonscriptions médicales et les circonscriptions hospitalières ; dans quelle mesure il paraît permis de comprendre les établissements privés dans la nouvelle organisation, et

quelles difficultés l'on rencontrera pour déterminer la part des ressources hospitalières qui seront mises à la disposition du nouveau service, avec ou sans remboursement d'un prix de journée fixé par le Préfet.

Enfin le fonctionnement normal du service est étudié sous le rapport de la formation de la liste d'assistance de l'obtention de l'assistance médicale, soit à domicile, soit à l'hôpital, soit dans les dispensaires, du renvoi des malades en convalescence et de l'établissement du budget de l'assistance médicale.

Voici les conclusions du rapport :

M. Dupuy, ministre de l'intérieur, caractérisait de la façon suivante la réforme qui allait enfin aboutir : « Nous allons appliquer une législation nouvelle; nous faisons, en quelque sorte, le premier pas dans un monde nouveau, au point de vue administratif; nous créons quelque chose de nouveau dont la vie, le développement et le fonctionnement connaîtront nombre d'embarras et d'obstacles. »

Ces difficultés n'ont échappé à aucune des personnes qui ont suivi avec intérêt l'élaboration de la loi qui nous occupe; mais on a pensé que ce n'était pas une raison pour reculer, parce qu'en une matière comme celle de l'assistance des malades pauvres, on était en droit de compter sur le concours de toutes les bonnes volontés.

Sans doute le nouveau régime ne s'acclimatera pas partout avec la même facilité. Sur certains points peut-être même où l'on a le plus fait jusqu'ici pour améliorer le sort des malades, on pourra entendre dire qu'il n'était pas nécessaire de modifier aussi profondément les habitudes administratives pour généraliser une institution sur le

principe de laquelle tout le monde était d'accord. Mais il sera facile de répondre en faisant remarquer que, du moment où l'intervention obligatoire de la solidarité nationale est admise, il convient de ne pas laisser troubler la bonne harmonie du service en accordant de trop larges concessions au zèle des uns et à l'indifférence des autres. Cette restriction admise, il était certainement impossible de concéder aux diverses localités une plus grande latitude dans l'accomplissement de leur devoir d'assistance. Chaque commune est, en effet, à peu près maîtresse de la composition de la liste sur laquelle repose toute l'application de la loi, et il est rendu compte à son conseil municipal de toutes les admissions prononcées exceptionnellement en dehors de cette liste, de sorte que les dispositions coercitives de la loi n'ont pour effet que d'assurer l'exécution d'obligations librement reconnues.

Quoi de plus naturel que ces obligations soient inéluctables, surtout lorsque les premiers intéressés ont pu en mesurer d'avance les conséquences financières ? Aussi bien nous n'avons pas à défendre la loi ni même à la discuter. Elle existe enfin et elle a été si longtemps demandée et attendue qu'il faut s'applaudir sans réserve qu'elle ait été votée et promulguée.

S'il est des esprits que ne rassure pas entièrement la garantie qui résulte de l'application de formules mathématiques au calcul de la part de dépense qui doit rester à la charge des contribuables de la commune, nous leur concéderons volontiers qu'il sera sage de procéder, dans les commencements, avec une extrême prudence, aussi bien quant au nombre des admissions que quant à la

façon plus ou moins large dont s'entendra le secours médical.

Nous avons pleine confiance dans les résultats que donnera l'expérience ainsi tentée ; mais nous croyons en même temps que, là où l'exécution de la loi sera dès le début plus complète on n'éprouvera aucune déception si on a soin de s'en tenir à ses exigences.

Partout où l'assistance méthodique a été pratiquée, les sacrifices imposés au pays sont restés dans les limites modérées, et c'est précisément afin d'atteindre ce but que le législateur a tracé les règles précises dont les administrations n'ont pas le droit de s'écarter.

Nous pourrions dire que les résultats moraux de la nouvelle loi paieront largement la dépense, question que volontairement nous n'avons pas abordée dans ce rapport laissant avec confiance à l'avenir le soin de faire cette preuve.

Enfin s'il est dans notre pays beaucoup de gens qui ne trouvent jamais les lois assez impératives, assez autoritaires, assez sévères tant qu'elles sont à l'état de projet et qui, dès qu'elles sont promulguées, les déclarent absolument inapplicables, ce n'est pas dans un congrès d'assistance comme celui-ci qu'en étudiant les conséquences administratives d'une loi nouvelle depuis longtemps désirée, on voudra se livrer à une inutile critique de son fonctionnement avant qu'elle ait fonctionné.

Pendant le même congrès M. Bondet donnait lecture d'un excellent rapport sur l'assistance hospitalière. Nous reviendrons sur cette intéressante question.

UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE. — Cette

association avait, avant le vote définitif de la loi, émis les vœux suivants : « que les listes portent tous les indigents, mais seulement les indigents ; que le médecin du service d'assistance ou un délégué du médecin de ce service fasse partie du bureau d'assistance établi dans chaque commune, le médecin étant le mieux à même de donner des renseignements précis, et son intérêt s'accordant avec l'esprit de la loi tous les indigents devant être inscrits et non ceux qui peuvent rémunérer le médecin de ses soins.

En un mot, l'union demandait que le médecin figurât dans le bureau avec voix délibérative et non consultative.

L'union des syndicats médicaux s'est encore préoccupée de l'assistance médicale dans sa réunion générale du 9 décembre 1894, présidée par le distingué Dr Porson.

M. Mignen a présenté un rapport sur l'application de la loi du 15 juillet et a fait connaître l'état de la question au point de vue des décisions prises par les conseils généraux. Il a déposé les conclusions suivantes qui ont été adoptées :

- 1° Libre choix du médecin par le malade ;
- 2° Liberté pour le médecin de répondre à l'appel des malades ;
- 3° Rémunération à la visite et indemnité kilométrique pour les déplacements ;
- 4° Inspection du service, s'il y a lieu, confié exclusivement à un médecin ;
- 5° Les médecins qui font partie du comité de vérification ne pourront être choisis par le préfet que sur une liste établie par le vote des médecins du service.

Association générale des médecins de France. En 1881, cette

association avait mis l'assistance médicale à son ordre du jour et un rapport de M. Lunier exposait où en était alors cette question qui préoccupait à juste titre le corps médical. L'obligation de la société envers l'indigent, malade ou infirme, dit le rapporteur, constitue un devoir d'ordre supérieur incontestable et qui n'a rien de commun avec le socialisme dont le fantôme évoqué à tous propos a trop souvent arrêté, dans leurs élans généreux, nos législateurs et nos gouvernants.

Nous avons recherché avec soin si pendant les délibérations et après la promulgation de la loi du 15 juillet 1893 l'association générale s'était occupée de l'assistance médicale et nous avons été surpris de voir que son annuaire ne contenait rien à ce sujet. Nous le regrettons d'autant plus que nous connaissons la haute compétence du bureau de cette association, qui aurait pu fournir sur les divers modes d'application de la loi, des appréciations les plus autorisées, pouvant être d'un précieux secours aux conseils généraux et dont le corps médical aurait pu profiter par la suite.

RÉFLEXIONS PERSONNELLES SUR LA LOI DU
15 JUILLET 1893.

Si on s'inspirait des documents nombreux fournis par le conseil supérieur de l'assistance, par les travaux parlementaires, par les circulaires ministérielles, par les congrès, etc., il serait facile de faire sur chaque article de la loi du 15 juillet 1893 de longs et savants commentaires, il serait facile de montrer quel a été le désir, la pensée, la volonté du législateur dans l'élaboration de cette loi. Ce serait sans doute un travail des plus utiles, mais notre but est plus modeste, notre cadre plus restreint; nous devons nous renfermer dans des limites plus étroites.

Pénétré par une expérience administrative de longues années des difficultés que trouvent à chaque pas ceux qui ont pour mission d'appliquer ou de surveiller l'exécution des lois, nous dirons simplement, et en peu de mots, les réflexions que nous ont suggérées certains articles, en nous rappelant les mœurs et habitudes de nos campagnes.

Disons-le tout d'abord, loi à rouages bien compliqués pour fonctionner sans accrocs, sans arrêts, sans perturbations; il faudra une main dirigeante, habile et dévouée, bien au courant de la loi, des choses et des hommes, pour faire accepter par nos populations rurales, laborieuses et économes, cette charge qui va peser sur elles, cette obliga-

tion de venir en aide souvent à des paresseux, à des imprévoyants.

L'article 1^{er} pose le principe de l'assistance médicale obligatoire. Mesure excellente sans laquelle l'organisation de cette assistance se serait fait longtemps attendre dans bien des départements, dans bien des communes. Mais ce principe posé par la loi, la faculté qu'a le Gouvernement de l'appliquer d'office, de par l'article 5, dans les départements réfractaires, amèneront-ils un résultat rapide et général? Certes les départements organisent l'assistance, mais souvent avec lenteur, sans enthousiasme, presque par nécessité. Il faudra voter de nouveaux centimes pour bénéficier de la subvention de l'État, et on prolongera souvent de session en session jusqu'au jour où on ne pourra plus reculer. Les communes à leur tour mettront un empressement relatif à constituer leur bureau d'assistance, à élaborer leurs listes, à les réviser, elles réduiront à sa plus simple expression le nombre des individus à secourir, afin de diminuer les charges qui seront souvent très lourdes pour les communes.

L'obligation de l'assistance médicale si on n'y prend garde sera bientôt comme celle de l'instruction primaire qui n'est appliquée rigoureusement à peu près nulle part et qui n'est généralement observée de bonne grâce que parce que les parents sont tous aujourd'hui bien pénétrés des services immenses que procure l'instruction à leurs enfants

Mais à qui doit-on donner l'assistance médicale gratuite? Aux *malades*, aux individus *privés de ressources*. Ce mot malade est des plus élastique; il l'est trop peut-être par suite des difficultés qui existent souvent à constater si

l'état de maladie est réel ou simulé. Si donc il exclue les vieillards, les impotents, les infirmes incurables, que la loi laisse en dehors, il permet aussi de comprendre sous cette dénomination de malades tous ceux dont le corps a subi quelques atteintes du mal, serait-elle des plus légères. C'est là le danger ; les soins étant gratuits, les assistés à la moindre indisposition exigeront la présence du médecin et avec le système vosgien, ce dernier sera à la merci de son *client*, et il ne pourra user et abuser, comme dans l'armée, de l'ipéca et de la ventouse scarifiée.

La loi dit avec raison privé de ressources et non pas indigent, terme employé dans les premiers projets. En effet, non-seulement cette expression d'indigent a un caractère offensant ou au moins déplaisant, mais encore elle sert à indiquer les individus inscrits sur les listes des bureaux de bienfaisance ; or, la loi a voulu étendre plus loin le bénéfice, les bienfaits de l'assistance ; elle a voulu venir en aide à tous ceux qui, en cas de maladie, se trouvent dans l'impossibilité de se faire soigner. C'est souvent une situation précaire passagère, un état qui amènerait bientôt l'indigence en raison des conséquences que la maladie entraîne à sa suite. Le cas du travailleur malade et privé momentanément de ressources est trop digne d'intérêt pour que la loi n'en puisse pas tenir compte.

Les soins médicaux seront donnés à domicile et, s'il y a impossibilité, dans un hôpital. Dispositions des plus sages l'assistance à domicile étant moins onéreuse, plus hygiénique et plus morale que l'hospitalisation.

Pourquoi en effet soustraire le malade à son milieu naturel, pourquoi dispenser sa famille du soin qu'elle lui

doit, pourquoi l'éloigner des lieux où il a toujours vécu, le séparer de ses enfants, de ses amis, de ses voisins, pourquoi l'enfermer dans ces sombres asiles de la souffrance qui inspirent une véritable terreur à nos ruraux, pourquoi l'obliger à finir ses jours loin de toutes ses affections, au milieu de l'indifférence, de la froideur des salles d'hôpital, sans une main aimée pour lui adresser le dernier adieu, sans une voix pour adoucir ses derniers instants, sans une oreille attentive pour entendre ses dernières confidences, ses dernières volontés, ses dernières effusions ?

Par le mot domicile on ne doit pas entendre seulement le domicile personnel du malade ; si sa demeure ne se prête pas au traitement et qu'un parent, un ami, un voisin consente à le recueillir et à le soigner, l'administration ne pourra que s'en applaudir.

Pour que le malade soit hospitalisé, il faudra que le médecin constate l'impossibilité de l'assistance à domicile ; mais il ne suffira pas que le certificat fasse une simple mention de cette impossibilité, il faudra en indiquer les motifs, ce qui amènera le médecin à se mettre en garde contre une inclinaison trop naturelle qui le pousserait à délivrer facilement le certificat d'admission.

Ce certificat médical devra être consigné par le président du bureau d'assistance. Ce contreseing obligatoire aura une double utilité : 1° il permettra au bureau d'assistance de se tenir au courant des admissions requises et de se rendre ainsi compte au jour le jour des charges éventuelles qui peuvent résulter pour les communes ; 2° il attestera l'engagement de la municipalité auprès de l'ad-

ministration hospitalière ; 3° il obligera par là-même les municipalités à réfléchir sur la dépense qui incombera à la commune, et ce sera, s'il en était besoin, un frein salutaire à la tendance possible d'hospitalisations trop nombreuses, trop fréquentes, trop facilement accordées.

Cette formalité deviendra inutile dans les communes possédant un hôpital, puisque d'après l'article 1^{er} de la loi du 7 août 1851, l'admission est gratuite pour les malades de la commune où l'hôpital est situé.

La loi du 15 juillet, en disant que l'assistance est à la charge des communes, des départements ou de l'État, suivant le domicile de secours des malades, a dû bien déterminer, bien préciser les conditions de ce domicile de secours. Malgré toutes les précautions prises pour éviter des discussions, des contestations entre les communes, il est évident qu'il surgira fréquemment des différends, lorsqu'il s'agira d'établir le domicile de secours de certains malades et de faire supporter à qui de droit les frais de maladie. Ceux ayant une résidence habituelle et volontaire ne donneront lieu à aucune difficulté ; mais en sera-t-il de même pour certains marchands ambulants, pour les ouvriers sans famille, sans foyer, qui séjournent peu de temps dans chaque localité, pour ces mendiants, ces vagabonds qui ne quittent pas une région, mais n'ont pas de résidence habituelle, pour les enfants naturels non reconnus qui auront jusqu'à leur majorité leur domicile de secours au lieu de leur naissance où souvent ils seront absolument inconnus, pour les individus dont l'absence sera involontaire (militaires, marins, prisonniers, aliénés, etc.) qui conserveront le domicile de secours qu'ils avaient

avant les circonstances leur ayant enlevé toute liberté de choix de séjour.

Mais la loi est assez claire pour que les préfets puissent sans hésitations vaincre les résistances des communes en leur rappelant leurs devoirs et obligations.

Le législateur n'a pas introduit de modifications importantes dans la question du bureau d'assistance qui fonctionnera comme un bureau de bienfaisance et sera institué dans toutes les communes en suivant les règles adoptées pour les bureaux de bienfaisance régis par la loi du 21 mai 1873, modifiée par la loi du 5 août 1879.

S'il existe déjà dans la commune un bureau de bienfaisance ou un établissement hospitalier, ce sont leurs commissions administratives qui constitueront le bureau d'assistance, tout en gardant leurs attributions premières. Si ces commissions se refusaient à remplir les fonctions de bureau d'assistance, on ne pourrait évidemment constituer une commission spéciale pour le bureau d'assistance, et il faudrait recourir à la dissolution de la commission administrative du bureau de bienfaisance ou de l'établissement hospitalier, et en former une nouvelle disposée à obéir aux prescriptions légales.

Le bureau d'assistance, à défaut de bureau de bienfaisance, possédera tous les droits et attributions de ce dernier. Nous ne saurions trop louer cette excellente disposition qui a pourvu d'un bureau de bienfaisance 20.000 communes de France qui en manquaient. Sans doute, les ressources feront défaut au début, mais elles pourront naître peu à peu et provenir soit des libéralités administratives, de la charité privée, de la perception de certains

droits des pauvres. Quoiqu'il en soit, les vieillards, les indigents, ne seront pas abandonnés comme par le passé, ils auront des représentants chargés de prendre soin d'eux et de gérer leur patrimoine.

La composition du bureau d'assistance sera donc la suivante : Le maire ou un adjoint, président avec voix prépondérante en cas de partage, deux membres élus par le conseil municipal, quatre membres nommés par le ministre de l'intérieur, mais renouvelables par quart par arrêtés des Préfets. Il est juste que le Gouvernement qui est le tuteur légal, le gardien naturel des intérêts des pauvres, qui supporte avec le département une large part des dépenses de l'assistance médicale, ne soit pas exclu des bureaux d'assistance ; il doit même y avoir une majorité, car s'il en était autrement, il serait à craindre que leurs décisions ne fussent trop souvent dictées par les passions politiques et locales, au grand détriment de la justice et de l'impartialité qui doivent régner dans des institutions de ce genre.

Pour remplir ces fonctions, le préfet doit prendre autant que possible des personnes réunissant certaines conditions d'honorabilité, d'impartialité et de capacité, celles dont le dévouement au bien public, l'expérience des affaires sont susceptibles d'inspirer la confiance, d'attirer les libéralités qui alimentent souvent les établissements de bienfaisance et qui constituent la source principale de la fortune des indigents.

La participation du receveur municipal et d'un répartiteur à l'œuvre de la commission sera précieuse ; mieux que personne ils pourront fournir des renseignements

exacts sur la situation de fortune de tel ou tel. D'autre part, il est de toute convenance d'appeler les médecins chargés du service, et dont le dévouement sera un élément indispensable du succès, à présenter leurs observations; leur intervention constituera de plus une garantie contre l'extension abusive de la liste de la part des personnes cherchant à se faire une popularité, puisque leur intérêt professionnel, d'accord avec celui des finances publiques, sera que les secours soient réservés à ceux qui ne pourraient se suffire à eux-mêmes.

Mais dans le système vosgien quels sont les médecins qui seront appelés à donner leur délégation à un confrère, chargé de les représenter dans l'élaboration de la liste? Tous ceux qui visitent habituellement les malades d'une commune? Mais combien cela est élastique, peu précis et d'une application difficile! Et si les bureaux d'assistance sont convoqués le même jour à la même heure, dans plusieurs communes, comment s'arrangera le médecin pour se rendre partout?

Quelles sont les attributions du bureau d'assistance? Elles sont fixées par les articles 11, 12 et 13 de la loi. Une des plus importantes réside dans la confection et la révision des listes d'assistance, qui doivent se faire à chaque trimestre, un mois avant la réunion du conseil municipal. La circulaire ministérielle a parfaitement défini les conditions que doivent remplir les listes d'assistance et ceux devant y figurer. Bien que le bureau d'assistance ait plutôt à formuler des propositions qu'à faire œuvre définitive, sa mission sera souvent bien délicate, à moins que cela ne se passe comme pour les commissions scolaires,

pour la protection des enfants du premier âge, etc., qui ne se réunissent jamais.

Ce ne sont pas seulement les indigents qui devront être portés sur la liste, mais encore tous les individus dont la situation de famille et de fortune est telle que, suivant toute probabilité, ils seraient privés des ressources le jour où surviendrait une maladie. Combien cette appréciation sera difficile, quelle connaissance exacte il faudra avoir de la position de fortune, des charges des habitants d'une commune; avec quel soin extrême il conviendra de peser toutes les considérations qui militeront en faveur de l'assistance ou lui seront défavorables; quel embarras éprouvera souvent le bureau pour dire si la maladie peu entraîner réellement chez tel individu un état voisin de l'indigence, si une fois rétabli d'une indisposition par exemple il ne pourra pas par la suite s'acquitter facilement de sa dette à l'égard du médecin et du pharmacien, si le cultivateur qui n'a que l'espérance de ses récoltes peut être assimilé à l'ouvrier sans travail, ou dans l'impossibilité de l'accomplir ? Quelle inégalité on rencontrera dans le nombre des assistés d'une commune à l'autre de même importance, non-seulement par interprétation différente de la loi, mais encore par parcimonie ou largesse des finances de la commune. Et que de mécontents, que de jaloux si on n'y prend pas garde et si inspiré par un haut sentiment de justice on ne se préoccupe dans une équitable mesure à la fois des intérêts du malade, de ceux du médecin et de ceux des communes.

Et ces idées étroites, mesquines, ces rivalités d'intérêt, ces divisions, ces haines politiques qui enlèvent tout sen-

timent du devoir, qui paralysent les meilleures volontés, ne seront-elles pas trop souvent peut-être un obstacle à l'impartialité des membres du bureau d'assistance ? Qu'ils se rappellent ces belles paroles de Th. Roussel au congrès de 1889 : « la bienfaisance n'a pas de frontières » et qu'ils disent à leur tour : la bienfaisance n'a pas de partis, elle vient au secours de l'ami comme de l'ennemi, la charité n'a qu'un drapeau !

La liste dressée par le bureau d'assistance est soumise au conseil municipal qui l'arrête après délibération en comité secret. Des additions ou des retranchements peuvent y être effectués. Ils seront, il faut l'espérer, peu nombreux, le contraire ne serait pas facilement supporté par le bureau d'assistance à qui on ferait jouer alors un rôle ridicule, qu'il n'accepterait certainement pas, surtout si c'était un mobile politique qui l'eût provoqué.

Les intéressés ou leurs amis, auront d'ailleurs la ressource de réclamer, s'ils se croient lésés, et une commission offrant les garanties les plus sérieuses de compétence et d'impartialité jugera les réclamations en inscription ou en radiation.

Mais de toutes les causes qui viendront porter atteinte au bon fonctionnement de la loi, la plus sérieuse sera certainement la dépense qu'elle occasionnera et qui pourra beaucoup varier selon la façon dont les listes seront dressées et aussi selon le zèle plus ou moins exagéré des médecins. Si les charges qui en résulteront sont minimales et réparties équitablement, la loi sera acceptée avec empressement et reconnaissance ; elle s'implantera dans nos mœurs et ses effets bienfaisants se développeront de plus

en plus. S'il en est autrement, si son application devient pour nos communes pauvres la source de nombreux embarras financiers, elle soulèvera contre elle le mécontentement des contribuables ; de tous côtés, il se formera un complot tacite pour l'éluder, et elle aboutira peu à peu à un avortement plus ou moins complet. Ce résultat sera d'autant plus facilement atteint que bien des gens voient dans cette loi une concurrence regrettable faite aux sociétés de secours mutuels, qui seront délaissées par beaucoup d'ouvriers trouvant plus commode d'être secourus sans avoir à verser une cotisation mensuelle.

Quelles seront les charges de l'assistance et par qui seront-elles supportées ? On a évalué à 8 millions les frais que pourra occasionner l'application de la loi, en prenant les bases suivantes : 6, 4 pour 100 d'habitants inscrits, 1 personne secourue sur 2, 71 inscrites ; frais 6 fr. 90 par malade ou 2 fr. 43 par inscrit, 1 malade à hospitaliser sur 10, à raison de 25 jours à 1 fr. 50.

Mais est-il raisonnable de ne prévoir que 2 fr. 43 par individu inscrit ? Nous nous trouvons ici en présence de gens pauvres, à constitution délabrée, souvent malades, n'ayant aucun motif d'épargner les ressources de l'assistance, presque toujours éloignés des médecins dont les honoraires sont dès lors plus élevés. Et croit-on véritablement, qu'une somme de 2 fr. 43 affectée à chaque assisté ne sera pas dépassée ? Ce n'est pas notre avis et ce n'est pas non plus celui de différents orateurs qui ont pris la parole au Sénat. Si nous considérons, en effet, ce qui se passe pour les sociétés de secours mutuels, dont les membres sont robustes, bien constitués (les règlements l'exi-

gent), qui ont intérêt à ménager les finances de leur association, nous voyons qu'il est dépensé au moins 5 francs par sociétaire pour les soins médico-pharmaceutiques, et cependant les médecins sont habituellement sur place, ils sont payés à l'abonnement presque toujours, tandis qu'avec le système vosgien ou landais appliqué à l'assistance ils auront intérêt à satisfaire leurs clients, à le visiter fréquemment, à lui prescrire beaucoup de médicaments, souvent peu utiles. D'après nous, le chiffre de 5 francs sera certainement dépassé. On nous met sous les yeux les résultats fournis par l'assistance médicale dans les 44 départements où cette œuvre charitable était organisée avant la loi du 15 juillet 1893, et on nous dit que la dépense par inscrit, s'élevait à 2 fr. 43 en moyenne. Mais combien ce chiffre était dépassé.

Dans certains départements. Et ensuite dans bien d'autres, les soins médicaux étaient gratuits, les médicaments étaient payés par l'assisté ou donnés gratuitement par le pharmacien, toutes choses diminuant sensiblement la moyenne des dépenses. Et comment était organisée cette assistance, avec quelle irrégularité elle fonctionnait ça et là; les réglemens n'étaient plus observés; dans les Landes, par exemple, dont le système est donné comme modèle, l'assistance médicale n'existait plus.

Enfin, nous avons pensé tout d'abord avec M. Loubet que le chiffre de 64 inscrits par 1000 habitants était exagéré; il n'est en effet que de la moitié en Allemagne et en Angleterre.

Mais combien nous avons échangé d'avis depuis que, comme président d'un bureau d'assistance, nous avons été

appelé à dresser une première liste. Dans une commune de 2.200 habitants (850 d'agglomérés) à population surtout rurale, mais aussi industrielle, généralement peu nécessiteuse, ayant une société de secours mutuels de 180 membres, une usine importante où les malades reçoivent gratuitement les soins médicaux, toutes choses diminuant très sensiblement le nombre des assistés, nous sommes arrivés à 162 inscrits, soit à 73 pour 1000, et encore avons nous restreint le plus possible les inscriptions. C'est la population urbaine qui a fourni de beaucoup le plus fort contingent.

Etudions maintenant les conséquences financières que produira la loi du 15 juillet pour les communes.

Les ressources qui sont affectées aux dépenses de l'assistance médicale doivent être prises sur les recettes attribuées, les fondations, sur une partie des revenus des bureaux de bienfaisance, environ un cinquième, et enfin sur les revenus ordinaires ; si les dépenses sont couvertes par ces recettes, le département et l'Etat n'interviennent pas et la charge entière de l'assistance incombe aux communes. Ce n'est que lorsque ces dernières catégories de ressources ne permettront pas de couvrir entièrement les frais de l'assistance médicale qu'il y aura faculté pour les communes de recourir à l'impôt sous forme de centimes additionnels ou des taxes d'octroi, de préférence sur l'alcool et la participation financière du département ne se produira dans les proportions fixées par le tableau A qu'à l'égard des communes qui auront été obligées de recourir, à un impôt nouveau. La loi ne fixe pas de maximum de centimes additionnels destinés aux dépenses de

l'assistance médicale, afin que la commune soit toujours financièrement intéressée à la limitation de la dépense. Si la loi fixait un maximum, une fois ce maximum atteint, la commune n'aurait plus aucun intérêt à ne pas étendre abusivement la liste, ce qui serait un grand péril.

Nous comprenons très bien que le département ne soit pas tenu à donner des subventions aux communes qui peuvent couvrir les dépenses de l'assistance avec des ressources spécialement affectées aux pauvres. Mais pourquoi y comprendre les ressources provenant des revenus ordinaires ? N'est-ce pas amener, obliger même les communes, pour ne pas supporter toutes les charges de l'assistance, à dissimuler tout ou partie de ces ressources pour créer des impôts nouveaux, afin de bénéficier de la subvention départementale souvent très élevée. Nous ne pouvons que regretter beaucoup cette disposition qui mettra les communes dans cette fausse et pénible situation : ou créer encore des impôts ou prendre dans leur totalité les charges de l'assistance.

Le tableau A est-il conçu d'une façon équitable ? Non, à notre avis. Prenons deux communes dont le centime soit de 40 francs pour l'une et de 101 francs pour l'autre. Presque toujours la première aura moins d'habitants et moins d'assistés inscrits ; en s'imposant d'un centime, elle aura 40 francs de revenu et chaque habitant subira une augmentation d'impôt au principal de 1 pour 100. Un centime d'imposition pour la seconde produira 101 francs et les mêmes charges pour chaque habitant. Mais ces 101 francs employés dans une commune populeuse, ouvrière le plus souvent, à assistés nombreux feront moins sentir leurs

effets que les 40 francs dans la première commune, et cependant celle-ci aura 75 pour 100 de ses dépenses payées par le département, tandis que l'autre n'aura que 50 pour 100. Pour être juste il aurait fallu tenir compte à la fois de la valeur du centime et du chiffre de la population ou encore de l'étendue de la commune, comme on l'a fait pour les subventions de l'État aux départements. Ainsi une commune qui a un petit centime et beaucoup d'habitants ou une grande étendue est sûrement une commune pauvre, mais une commune à petit centime peut être une commune très riche et n'avoir relativement qu'un très petit nombre d'inscrits, qu'elle peut assister elle-même facilement avec une imposition minime.

Enfin, pour en finir avec ces considérations, faisons remarquer que les dépenses par malade ne seront pas les mêmes pour toutes les communes d'un même département ayant un règlement uniforme.

La commune qui sera la résidence d'un médecin sera avantagée en cela que les visites seront d'un prix peu élevé, tandis qu'une commune située à plusieurs kilomètres devra payer des honoraires bien supérieurs, ce qui amènera peut-être une tendance à réduire, sans autre raison, le nombre des inscrits. C'est cependant dans les contrées éloignées du médecin que le malade pauvre manque de soins et c'est là surtout que l'assistance médicale peut rendre des services. C'était peut-être cet éloignement du médecin qu'on aurait dû prendre comme base des subventions à accorder. Mais c'eût été d'une application difficile, comme le sera sur bien des points sans doute la loi qui nous intéresse.

XII

LE MÉDECIN DES PAUVRES

On se demande comment il se fait que ce grand principe de l'assistance médicale du pauvre proclamé par la loi de Vendémiaire an II n'ait été appliqué que cent ans après. Cette longue indifférence de la part de nos gouvernants, cette insouciance des souffrances et des malheurs d'autrui auraient dû soulever d'indignation les âmes tendres et sensibles, révolter les pauvres gens contre cette société qui s'intéressait si peu à leur pénible position.

Et cependant les malades malheureux n'ont fait entendre aucune protestation et ils ont paru satisfaits, heureux des soins qu'ils recevaient. Quelle était donc cette main tutélaire qui leur était tendue ? cette voix consolatrice qui arrivait doucement à leurs oreilles ? d'où venait ce baume salutaire qui adoucissait leurs douleurs, ce vin généreux qui leur redonnait le courage et la force ? Ah ! sans doute la charité privée, cette vertu si noblement pratiquée, les visitait, les soutenait. Mais au-dessus de tout c'est le médecin des pauvres qui a accompli ces prodiges ; c'est lui qui a apporté partout, dans la mansarde comme dans la chaumière des secours, des soulagements, des consolations aux douleurs, aux tristesses des malades pauvres, des affligés.

Pour nous, qui n'avons pas eu le mérite de prendre part

à ces dévouements si désintéressés, nous sommes bien à l'aise pour rendre un solennel hommage à tant d'abnégation.

Abnégation de tous les instants pour ces médecins des campagnes qui ne connaissent ni repos, ni satisfaction de fortune, qui n'ont souvent d'autres récompenses que celle que porte avec lui le bien. La reconnaissance les accompagne quelquefois, mais combien de fois aussi l'ingratitude attend celui qui s'est dévoué, sacrifié, qui a donné son temps, sa science, sa jeunesse, sa santé.

La bienfaisance, la charité, la générosité, sont à la portée de tout le monde, mais le médecin surtout pratique chaque jour ces belles vertus. Quand sa bourse est légère, il donne ses conseils à défaut d'aumône.

Combien de malheureux, de malades, dit J.-J. Rousseau ont plus besoin de consolation que d'aumônes, combien d'opprimés à qui la protection sert plus que l'argent !

Et quelle vie dure, remplie de sacrifices que celle du médecin de campagne. Il ne s'appartient jamais. Que sa santé soit languissante, qu'il pleuve, que la neige ou le verglas couvre le sol, il doit partir, courir auprès de ceux qui l'appellent. Il est rentré harassé de fatigue, il a marché la journée entière à travers les chemins boueux, les terres détrempées, il va jouir d'un repos bien mérité, il dort, et il rêve à sa vie de jeunesse, il revoit tout ce qui a fait la joie de son existence d'étudiant ; mais il est brusquement rappelé à la réalité, on l'appelle, il faut aller par la nuit noire, glacée, vers une pauvre femme qui se meurt, un enfant qui râle.

Est-il en fête chez un ami, chez un parent, auprès de sa

fiancée peut-être, le devoir lui commande tout à coup de quitter la table bien servie, de dire adieu aux plaisirs et tandis que ses compagnons passent d'heureux instants, oublient les soucis de la vie, lui, pénètre dans les foyers les plus misérables, au milieu des odeurs infectes, des émanations pestilentielles, de l'air le plus impur souillé de germes infectieux ; il touche sans crainte, sans hésiter ces corps couverts de pustules de variole, ces bouches tapissées de plaques de diphtérie, ces plaies repoussantes d'où s'écoule un pus fétide.

Et il porte partout l'élixir qui guérit, le baume qui soulage, la bonne parole qui console.

Le médecin trouve rarement dans la pratique de sa profession une source de fortune ; il est peu ou pas rétribué et ses maigres honoraires suffisent à peine à ses besoins et à ses charges de famille. Le pauvre n'acquitte que fort rarement sa dette et, a dit un de mes distingués collègues, le pauvre témoigne sa reconnaissance au médecin qui l'a soigné sans arrière-pensée, uniquement parce qu'il était malade et pauvre en lui donnant ce dont il peut disposer : son bulletin de vote ; de telle sorte qu'on pourrait mesurer au nombre des mandats électifs conférés à des médecins le dévouement du personnel médical et les lacunes qu'ont présentées jusqu'ici nos institutions d'assistance médicale.

Nous avons eu la curiosité de rechercher de quelle façon le romancier, l'écrivain avait parlé du médecin dans ses devoirs professionnels et surtout dans son dévouement pour les malades pauvres.

Mais, dit M. Jules Claretie, il y a toute une bibliothè-

que où les médecins agissent et il faudrait des mois pour en dresser le catalogue.

Infiniment moins érudit que ce maître de la plume nous avons dû pousser moins loin nos investigations et c'est dans des romans bien connus que nous avons recherché les pages dans lesquelles la vie du médecin est retracée; nous les résumerons ici et en peu de mots.

Nous ne pouvons résister au désir de reproduire une touchante pièce d'Autran : *Le Médecin de campagne*.

Docteur infatigable, en route avant l'aurore,
Par nos âpres chemins je crois le voir encore.
Des plaines aux coteaux, de la montagne au val,
Il chemînait, courbé sur un maigre cheval
Qu'à son trot l'on eut dit brûlant du même zèle.
Deux sacoches de cuir, qui pendaient à la selle,
Transportaient des juleps apprêtés de ses mains,
Les baumes indiqués pour tous les maux humains.
Je ne sais quel sourire illuminait sa bouche,
Si bon, qu'à son aspect le mourant sur sa couche
Se relevait joyeux. Ainsi, toujours dispos,
De chaumière en chaumière il allait sans repos,
Bien souvent invoqué par le château lui-même,
Des pauvres avant tout ami tendre et suprême !
Ce n'est pas aux seuls maux des corps endoloris,
C'est aux chagrins des cœurs, aux besoins des esprits
Qu'il versait à la fois les dons de la science.
Les vieillards consultaient sa jeune expérience;
Des parents divisés il rattachait les nœuds;
Il faisait deux amis de deux voisins haineux.
Nos villages n'ont pas une mère, une veuve,
Pas un être vivant, à qui, dans son épreuve,
Il n'ait rendu l'espoir. Au lit de l'indigent,
En dictant le remède, il ajoutait l'argent.
Le salaire accepté d'une villa princière

Allait aux humbles seuls, offrande nourricière
Que de touchants récits ne vous ferait-on pas
Des bienfaits que semait cet homme à chaque pas
Chez le pauvre, où de tout la mémoire tient compte
Aux heures de loisir sans cesse on les raconte.

Montrons d'abord le dévouement de nos maîtres des hôpitaux bien dépeint dans *Sœur Philomène* des Goncourt et dans *Les amours d'un interne* de J. Claretie.

Dans *Sœur Philomène* nous trouvons retracés les touchants dévouements du maître, de l'interne, de la sœur de charité.

« Le silence, un silence anxieux et respectueux, presque solennel remplit la salle. On entend crier la plume de l'externe chargé du livre des ordonnances, qui écrit, adossé au pied du lit. Toutes les bouches se ferment, toutes les douleurs se taisent sur le passage du chirurgien, qui va d'une malade à l'autre avec un visage imperturbablement doux, un sourire de confiance et d'encouragement, des paroles fortifiantes et enjouées, parfois même des plaisanteries de bonhomme ».

Conversation entre élèves :

« Tu sais que l'administration a refusé l'autre jour une côtelette au chef de service pour une malade ? Il n'a rien dit mais il a donné dix francs à la sœur pour acheter des côtelettes à la malade. »

Voilà pour le maître ; quant à l'interne sa vie d'hôpital est longuement retracée ; on y trouve les gais propos de la salle de garde, les rires bruyants mettant dans les salles un écho de jeunesse, la main habile et douce de l'interne donnant à la souffrance le soulagement de la bande nouvelle et de l'onguent frais, sa voix apportant une consolation qui touche les corps comme les âmes.

Mais c'est surtout le dévouement de la sœur de charité qui y est exalté. Des pages éloquentes lui sont consacrées « Quand après avoir passé tout le jour à panser les membres et les plaies des pauvres, la sœur repasse dans sa pensée les soulagements que sa main et sa parole ont donnés, les souffrances qu'elle a endormies, les espérances qu'elle a versées, le bien qu'elle a porté de lit en lit, la vie qu'elle a réchauffée, la mort qu'elle a consolée ; il lui semble qu'elle emporte avec elle le regard de remerciements, les paroles de reconnaissance de toutes les douleurs qui la suivent, et alors il s'élève en elle une joie ineffable, une joie qui n'est pas de la terre, une joie qui ne ressemble à aucuns des bonheurs ou des plaisirs humains, une joie où elle sent son cœur se répandre dans sa poitrine et qui la ravit comme le chant de triomphe de sa conscience. »

M. J. Claretie dans *Les amours d'un interne* nous conduit dans cet asile si triste, si sombre, si grand de la Salpêtrière, avec sa population tragique, douloureuse, ses pauvres vieilles bouffies ou ratatinées par l'âge, ses folles chez lesquelles toutes les passions humaines : la vanité, l'ambition, la maternité, l'amour, l'orgueil, toutes les exaltations, toutes les chimères, toutes les souffrances apparaissent déformées, ridiculisées.

Et c'est le D^r Fargeas et son interne Vilandry, qui donnent à ces malheureux leur science, leur temps, leurs dévouements, qui s'efforcent de mettre dans ces cerveaux malades, affaiblis, un peu de raison, de ranimer la lumière qui s'éteint. Et quelle existence que cette vie d'hommes illustres entourés de ces larves humaines, vivant sur la brèche, détroussant les morts, lui dérobant

les victimes marquées, mais destinés eux à mourir jeunes comme si la pourriture de l'hôpital et l'air des salles des malades débilitaient à la longue les plus robustes.

Ici, ce n'est plus la sœur de charité, mais la surveillante qui dans la personne de Jeanne Barral est le rayon de soleil qui réchauffe toutes ces pauvres créatures.

« Jusque dans le milieu le plus rempli d'épouvante et de dégoût, j'ai rencontré l'éternelle poésie qui console et qui transfigure ; et si, sur mon chemin, j'ai trouvé le ruisseau qui coule entre deux murs d'hôpital, j'y ai vu s'y mirer quelque chose d'au-delà : les dévouements, les charités, les vertus, comme dans un marais où se réfléchiraient des étoiles. »

Passons maintenant aux médecins des campagnes.

C'est G. Flaubert qui nous montre ce dernier dans *Madame Bovary* sous les traits d'un personnage malheureux, triste, à infortunes de toutes sortes, mais toujours droit, honnête, bienveillant, faisant son devoir avec simplicité, avec modestie, avec un dévouement digne d'un meilleur sort.

« Charles Bovary, à la neige, à la pluie, chevauchait par les chemins de traverse. Il mangeait des omelettes sur la table des fermes, entraînait son bras dans les lits humides, recevait au visage le jet tiède des saignées, écoutait des râles, examinait des cuvettes, retroussait bien du linge sale. »

C'est Jules Sandeau qui dépeint avec attendrissement dans le *Docteur Herbeau* la vie de ce bon et digne homme. « En été, à trois heures du matin, à six heures en hiver, par la bise, par la pluie, par la glace, le docteur était sur *Colette*, trottait dans les sentiers, gravissait les monts,

côtoyait les eaux de la Vienne. Et c'était le bon temps ! il visitait la ferme, le château, la chaumière, et partout il trouvait des visages amis et des cœurs bienveillants. »

Il était roi de la ville, si deux maisons rivales choisissaient le même jour pour réunir à leur table les gloutons de Saint-Léonard ; on se disputait le docteur presque à main armée (de fourchettes) et c'étaient des querelles dont l'acharnement rappelait les divisions des Capulet et des Montague.

Mais une ombre vient obscurcir la vie du D^r Herbeau, le priver du doux sourire de Mme Riquemont, un confrère, le D^r Savenay, se fixe à Saint-Léonard, à la grande joie des méchants et des sots ; mais les deux docteurs restent indifférents aux rivalités qui se produisent sur leurs noms et une aimable courtoisie ne cesse jamais d'exister entre eux.

C'est bien là un exemple que beaucoup devraient suivre !

Balzac, dans le *Médecin de campagne*, fait de son héros, le docteur Benassis, l'homme de bien par excellence, le philanthrope qui consacre sa fortune au relèvement moral et physique de tout un pays qu'il transforme, qu'il métamorphose, grâce à ses conseils, à sa science, à sa bonté.

« M. Benassis, voilà un ami du pauvre, il n'a jamais demandé son dû à qui que ce soit... Je ne sais pas s'il est bon médecin, mais il guérit les pauvres pour rien. »

« Les riches, dit Benassis, ne sauraient acheter mon temps, il appartient aux gens de cette vallée ; je ne veux ni gloire, ni fortune. Je ne demande à mes malades ni louanges ni reconnaissance ; j'ai voulu devenir l'ami des

« pauvres sans attendre d'eux la moindre récompense ; l'argent qu'on me remet va chez le pharmacien pour payer les médicaments indispensables aux pauvres. »

« Il prit lui-même cette masse de chair, la transporta sur le grabat d'où il venait de la tirer, l'y étendit soigneusement en allongeant les jambes déjà presque froides, en plaçant les mains et la tête avec les attentions que pourrait avoir une mère pour son enfant. »

« Et cet excellent homme meurt en revenant par un temps effroid de visiter un malade. »

Léon Gozlan nous montre dans le *Médecin du Pecq*, le Dr Calveyrac « homme d'une probité peu commune, dont le regard traverse l'obstacle du corps pour aller chercher la peine cachée sous les chairs ; bon, non pas de la bonté d'une morale ordinaire, mais bon comme les apôtres par le bienfait joint à la persuasion, arrivé à la charité et à l'indulgence, par le dernier effort de la philosophie, non pas un saint, mais, en un mot, un honnête homme. »

C'est l'homme qu'on appelle au moment du danger au milieu de la nuit, toujours votre ami, mais votre maître, à l'œil méditatif, à la paupière plissée, au front labouré de rides. Approchez, vous apercevrez à la lueur de la lampe beaucoup de cheveux blancs auprès des noirs ; vous découvrirez des places que le peigne du matin n'a pas eu le temps de cacher. Dans sa précipitation à vous secourir, l'homme a emporté la décrépitude précoce du docteur. »

Dans l'*Ennemi du peuple* de Henrik Ibsen, nous nous trouvons en présence d'un autre genre de désintéressement. C'est le Dr Stockmann, exerçant la médecine avec ardeur et dévouement. Il est le médecin attitré d'une

source thermale, dont il constate l'impureté des eaux ; on lui demande le silence, sa conscience s'indigne d'une telle proposition ; il parle, et aussitôt la guerre est déclarée au médecin honnête, par toute la spéculation locale qui amène la population. Il est hué, menacé de mort, traité d'ennemi du peuple, et il doit s'exiler devant l'imbécile colère populaire.

C'est dans un tout autre esprit qu'est conçu un livre nouveau dont la lecture nous a laissé une impression pénible. C'est du pamphlet plein de fiel de Léon Daudet, intitulé les *Morticoles*, dont nous voulons parler.

Quel contraste avec les belles et touchantes pages de J. Claretie, du Goncourt !

C'est le venin, c'est la bile, c'est la malice, c'est la haine distillée avec un vrai talent d'observateur s'attachant avec la dextérité d'un pitre de foire à métamorphoser le bien en mal, le beau en laid, la vérité en mensonges éhontés.

Nous ne suivrons pas ce jeune présomptueux, jadis candidat malheureux, dans son ressentiment contre ses juges, toujours si intègres, si droits dans leurs décisions, dans sa vengeance contre une profession instruite, laborieuse, bienfaisante, dans sa colère contre certaines personnalités du monde médical, auxquelles il prête des sentiments barbares, féroces, sauvages, inhumains. Nous nous sentons trop faible pour déraciner ce champ d'ivraie, pour arrêter cette bave qui coule à flot.

Ah ! s'il était venu il y a vingt ans, nous aurions compris qu'il s'éleva de sa poitrine un sentiment de pitié, de douleur : c'était le temps où sévissait dans nos hôpitaux une mortalité effrayante chez les opérés.

Mais combien les jours sont changés ! Nous avons revu avec une grande joie ces salles d'hôpitaux ; mais nous avons ressenti les premiers jours une véritable stupéfaction, mêlée de crainte à la vue de ces patients qu'on soumettait à nos nouvelles pratiques chirurgicales. Il nous est arrivé d'aller sans bruit revoir ces lits où nous les avions observés avec attendrissement quelques jours auparavant. Notre conviction, en invoquant nos vieux souvenirs, était qu'après les épreuves qu'ils avaient traversées nous ne les retrouverions plus. Mais ils étaient là pleins de vie, et nous étions pénétrés d'admiration pour ces prodiges accomplis dans toutes les branches de la science par ces illustres savants, les Pasteur, les Lister, les Brouardel, les Roux et tant d'autres qui ont fait reculer le domaine de la mort en lui arrachant ses victimes, en lui ravissant la proie qu'elle guette.

Quelle réplique donnée au livre de M. Léon Daudet que l'immense découverte du Dr Roux, que d'enfants sauvés, réuscités par ce grand bienfaiteur de l'humanité, s'indigneront un jour en lisant les *Morticoles*.

Et cependant quel mal pourra faire ce livre sur bien des imaginations de pauvres gens, que l'idée de l'hôpital épouvantait déjà, vieux préjugé ridicule dont les croyants sont les premières victimes, parce qu'ils n'osent profiter des bienfaits de l'hospitalisation.

M. Léon Daudet est allé hier fêter le retour d'un des plus grands révolutionnaires du temps ; il a montré par là ce qu'il est et le but qu'il poursuit : démolir notre édifice social, saper les bases de la famille, renverser tout ce qui est grand, tout ce qui est beau, tout ce qui est bien.

XIII

SYSTÈMES D'ASSISTANCE A DOMICILE. HONORAIRES MÉDICAUX

La loi du 15 juillet 1893, qui fait de l'assistance médicale un grand service public, s'est fort sagement abstenue d'entrer dans les détails d'organisation pour lesquels elle s'en est rapportée à l'initiative des conseils généraux, auxquels elle se borne de demander d'assurer d'une manière convenable l'assistance des malades, en leur laissant toute liberté pour établir ce service. A quoi bon prétendre, en effet, à une uniformité absolue? Il serait dangereux d'assujettir les œuvres de l'assistance publique à un cadre, à des procédés uniformes. N'est-il pas préférable d'avoir égard aux habitudes de chaque région, aux usages établis, aux conditions particulières du milieu dans lequel le service aura à fonctionner?

Quelques départements n'avaient pas attendu l'intervention du législateur pour assurer aux indigents le bienfait de la médecine gratuite; il convenait de respecter leur œuvre et de ne point contrarier leurs coutumes. Qui ne voit l'influence que peuvent exercer sur le choix du meil-

leur mode d'assistance des considérations telles que la facilité des communications, la configuration du sol, le nombre des médecins, la densité de la population? Autant de raisons pour ne point imposer à tous une règle inflexible et pour admettre, à côté de la loi nécessairement nue, des réglemens variables selon les besoins de chaque contrée.

Les assemblées départementales sont appelées à régler trois points principaux : 1° Systèmes d'assistance médicale ; 2° honoraires médicaux ; 3° tarif des médicaments.

1° SYSTÈMES D'ASSISTANCE MÉDICALE. — Ils sont au nombre de trois (sans y comprendre le système municipal ou communal organisé dans la presque totalité des villes) : système cantonal, système par circonscription médicale, système landais ou vosgien.

Système cantonal. — Le premier en date ; inauguré en Alsace en 1810, où il a toujours fonctionné et fonctionne encore aujourd'hui. Ce système a, au début été très favorablement accueilli, et en 1833, l'Académie de Médecine, sur le rapport de Double, le recommandait aux pouvoirs publics ; mais bientôt commença une opposition qui depuis n'a fait que s'accroître et s'étendre. Condamné en 1845 par le congrès médical, la médecine cantonale est aujourd'hui l'objet des plus vives critiques, émanant non-seulement de l'immense majorité des sociétés médicales, mais encore du plus grand nombre des corps politiques. En 1872, neuf conseils généraux seulement se prononçaient en sa faveur.

Dans chaque canton est institué par le préfet un médecin cantonal, chargé de soigner gratuitement les individus

portés sur les listes d'indigence. Il reçoit une allocation fixe proportionnée tant à l'étendue de son canton qu'au nombre des indigents qu'il peut être appelé à traiter.

Les malades ne peuvent s'adresser qu'à lui et lui à son tour est tenu de leur donner ses soins.

Ce système, dit-on, lèse à la fois l'indépendance du médecin et la liberté du malade. Il fait de certains médecins des fonctionnaires qui, comme tels, sont sous la dépendance des Préfets, des maires et des malades; il nuit à leur considération professionnelle en ouvrant la porte au privilège et à l'intrigue. Quant au malade il peut se plaindre d'être contraint de s'adresser à un médecin qu'il n'a pas choisi et qui, parfois possède d'autant moins sa confiance qu'il lui a été imposé.

Ce monopole en supprimant la concurrence entre les médecins ne peut qu'être désavantageux à la marche du service. Demander au médecin, fut-il le plus dévoué, de sacrifier sa clientèle pour se présenter auprès d'un indigent, au point le plus éloigné de son canton, c'est le placer entre son intérêt et son devoir; c'est souvent aussi lui demander un effort auquel les forces humaines ne sauraient suffire. Les intéressés ont aussi de longues distances à parcourir pour aller réclamer le médecin, ce qui les amène à ne pas l'appeler qu'à la dernière extrémité; d'un autre côté, le médecin est exposé à n'arriver que tardivement auprès du malade.

Ces fonctions sont peu recherchées, et si elles sont acceptées volontiers par les médecins qui débutent, ils s'en démettent dès qu'ils le peuvent, c'est-à-dire, dès qu'ils sont arrivés à se faire une clientèle.

Système par circonscription médicale. — Le préfet désigne pour chaque circonscription un médecin chargé de soigner les malades pauvres. Les malades ne peuvent s'adresser qu'à lui et lui, à son tour, est tenu de donner ses soins à tous les malades inscrits sur les listes. Une circonscription médicale est habituellement établie de telle façon qu'elle comprend toutes les communes ou parties de communes qui se trouvent dans le ressort de la clientèle privée du médecin désigné pour soigner les assistés de cette circonscription.

Les circonscriptions varient donc d'étendue selon que dans une contrée les médecins sont plus ou moins nombreux. Le médecin ne peut se soustraire à l'appel des indigents ; il est responsable du bon fonctionnement du service ; il peut être révoqué en cas de négligence ; les bureaux d'assistance ont auprès du préfet un recours contre lui, au besoin ; le médecin à son tour trouve dans le représentant de l'administration un auxiliaire, une protection contre l'abus qui, dans certaines communes, pourrait être fait des facilités données par la loi, par exemple, de l'extension outre mesure des listes d'indigents.

Les dépenses occasionnées par le service avec ce système, sont prévues à l'avance, il n'y a pas d'incertitude, de menace pour les budgets locaux.

Système vosgien ou landais. — Appelé ainsi du nom des départements où il a pris naissance, ce système repose sur le principe de la liberté entière pour le médecin, comme pour le malade, celui-ci ayant le droit de s'adresser au médecin dans lequel il a le plus de confiance, celui-là de refuser ses soins si bon lui semble.

L'indigent devient ainsi un client ordinaire, ce qui le relève à ses propres yeux ; le médecin de son côté, en dehors des sentiments qui le portent toujours à s'intéresser au sort des pauvres, trouve ainsi une rémunération qui l'indemnise en partie de ses peines et toujours dans une proportion régulière.

Tous les médecins qui ont adhéré au règlement départemental peuvent être appelés à donner leurs soins aux malades privés de ressources ; la liste de ces médecins est arrêtée chaque année par le Préfet ou le Conseil général.

C'est le système qui respecte le mieux à la fois la dignité professionnelle, l'indépendance des médecins et la liberté des malades, il ne nuit pas aux situations acquises, il ne suscite entre médecins aucune haine, aucune rivalité. Le pauvre comme le riche a la consolation de se faire traiter par le médecin qui a sa confiance et qui lui inspire le plus de sympathie. C'est déjà un soulagement, une influence heureuse sur le moral du malade et sur la marche de la maladie.

D'après l'article 3 du règlement modèle élaboré par le Conseil supérieur de l'assistance publique, l'adhésion au règlement départemental, système vosgien, implique pour les médecins les plus rapprochés du domicile du malade l'obligation de se rendre à l'appel du malade ; dans tous les cas le médecin n'est jamais payé que d'après la distance existant entre le domicile du médecin le plus rapproché et celui de l'assisté.

Quel est le meilleur système d'assistance ? Le système cantonal doit être évidemment écarté, il n'a donné que des résultats peu satisfaisants et nous en avons indiqué les raisons.

Les deux autres présentent chacun des avantages et des inconvénients, ils ont l'un et l'autre leurs partisans et le conseil supérieur en élaborant deux modèles de règlements a indiqué aussi que les départements peuvent indifféremment selon leurs goûts et préférences prendre l'un des deux systèmes.

A première vue il semblerait, pour des considérations il est vrai toutes platoniques et de sentiment, que le système vosgien doit présenter des avantages: liberté absolue, plus de place à l'arbitraire et à la politique, à la faveur administrative ! Tandis qu'avec le système par circonscription, c'est le médecin fonctionnaire, officiel, c'est la liberté étouffée, supprimée.

Mais si on en vient à considérer l'organisation de l'assistance dans les 44 départements où fonctionnait l'assistance avant la loi du 15 juillet, on voit que les idées d'indépendance n'ont pas séduit les conseils généraux, puisque, d'après M. Monod, le système vosgien ou landais n'était appliqué que dans 9 départements.

Quelles sont les raisons de ce délaissement pour un système en apparence si parfait ? C'est que avec le système vosgien c'est l'imprévu dans les dépenses, pouvant grossir le budget outre mesure et rendre la loi impopulaire ; c'est la porte ouverte aux abus de la part du médecin pouvant multiplier ses visites sans grand besoin, prescrire beaucoup de médicaments peu utiles pour grossir ses recettes, ou pour plaire à son client. De la part du malade libre d'appeler plusieurs médecins, de changer de médecins à tout propos, de prendre le médecin le plus éloigné, le plus zélé ; c'est l'impossibilité de rémunérer le médecin par

abonnement ou à forfait, de lui confier d'autres services : vaccination, enfants assistés, hygiène publique, enfant du premier âge ; c'est la liberté pour le malade de choisir son médecin, liberté supprimant pour ce médecin l'obligation de se déranger, ce qui peut priver le malade de tout secours médical ; c'est le médecin peu consciencieux, peu scrupuleux, avide ou nécessaire, inoccupé, mettant en coupe réglée le budget du pauvre, éventualité rare, sans doute, pour l'honneur du corps médical, mais qui peut se présenter ; c'est une comptabilité, un travail de vérification difficile et laborieux qu'amènera la faculté donnée à une commune d'appeler indifféremment tous les médecins d'une région, c'est un contrôle, une surveillance impossible à exercer ; c'est cette liberté dans le choix du médecin, ni sincère, ni complète, et livrée souvent à des influences étrangères.

Le conseil supérieur s'est efforcé de tempérer quelques-uns de ces inconvénients en introduisant dans le règlement, système vosgien, une disposition dont nous avons déjà parlé, par laquelle le médecin le plus proche ayant adhéré au règlement serait tenu de se rendre à l'appel du malade qui ne devra s'adresser qu'à ce dernier. C'est donc déjà la liberté du médecin et du malade supprimée. Mais lorsqu'il y aura deux médecins ou plus dans la même localité, quel est celui qui devra obtempérer à la *réquisition* du malade ? le premier appelé sans doute. Mais ne verra-t-on pas fréquemment le malade cherchant en vain son médecin, chacun d'eux faisant retomber l'obligation sur son confrère. Si le malade appelle un médecin plus éloigné que celui qui doit lui donner ses soins, il n'y aura plus

obligation de la part de ce médecin et il sera rétribué comme si c'était le confrère le plus rapproché qui eut visité le malade : dans ces conditions il s'abstiendra le plus souvent. Ce sera donc d'une façon à peu près constante le médecin le plus voisin qui verra le malade puisqu'il en aura contracté l'obligation. Mais cette façon de faire est absolument, il est vrai d'une façon tacite, détournée, la division par circonscriptions médicales, avec cette différence qu'elle en présentera les inconvénients sans en donner les nombreux avantages.

Enfin certains départements ont paré à certains inconvénients du système vosgien en indiquant que le malade ne peut changer de médecin pendant la même maladie.

Si nous étions appelé à faire choix d'un système, nous n'hésiterions pas à nous prononcer pour les circonscriptions médicales, système que nous trouvons de beaucoup le plus avantageux aussi bien au point de vue médical qu'au point de vue administratif. L'indigent à qui les soins ne coûtent rien ne peut se montrer trop exigeant et doit accepter de bonne grâce le médecin choisi par celui qui paye. Les pauvres des bureaux de bienfaisance des villes ont-ils le choix de leurs médecins ? Les services des enfants assistés, de la protection des enfants du premier âge ne désignent-ils pas leurs médecins ? Les grandes usines, les compagnies de chemins de fer, les compagnies sur la vie, sur les accidents, n'ont-elles pas leur médecin attitré ?

Nous voulons toutefois exprimer un désir : c'est que la division soit faite avec le plus grand esprit d'impartialité et de libéralisme ; c'est que, se rappelant que tous les médecins sont également dévoués à la souffrance, on en

fasse rentrer le plus grand nombre dans le service de l'assistance, en admettant, par exemple, comme dans le Morbihan, lorsque cela sera possible, tous ceux qui adhèrent au règlement et en faisant autant de circonscriptions ; ou encore, lorsqu'il y a plusieurs médecins dans la même circonscription, en laissant, comme dans l'Ariège, la liberté à l'assisté de prendre le médecin qu'il préfère et qu'il doit indiquer au début de chaque année.

2° HONORAIRES MÉDICAUX. — Nous avons vu (Chapit. IV) que le mode de rémunération du médecin présente, selon les départements, des différences notables : tantôt le médecin est payé par abonnement, tantôt d'après le nombre de ses visites, ou bien encore d'après le nombre des malades soignés ou d'après celui des personnes portées sur les listes, ou d'après le chiffre de la population. Ici l'on tient compte, là l'on ne tient pas compte des distances parcourues, l'on accorde ou l'on n'accorde pas des indemnités spéciales pour les visites de nuit.

La loi a laissé aux conseils généraux la liberté de prendre tel ou tel système, et d'après ce qui a été déjà fait (V. chapit. XVI) on peut voir la diversité des systèmes et surtout la variation des honoraires qui ont été adoptés.

Il existe trois systèmes de rétributions : 1° à forfait ; 2° à l'abonnement ; 3° à la visite.

A forfait. — L'indemnité est fixe ou varie pour chaque médecin selon la population de sa circonscription et selon les distances à parcourir. Elle va de 100 à 600 francs et plus par an. Système avantageux pour les communes qui sont fixées sur leurs dépenses annuelles, moins pour les malades qui sont plus rarement visités, peu ou pas pour

les médecins qui sont peu rétribués, manquent beaucoup d'indépendance et craignent toujours de mécontenter le malade ou sa famille en le voyant pas assez fréquemment.

A l'abonnement. — Ce système consiste en ce que le médecin reçoit annuellement une somme fixe pour chaque habitant, chaque inscrit ou chaque secouru; il ne peut s'appliquer qu'avec la circonscription médicale, à moins que faisant comme pour les sociétés de secours mutuels on n'oblige les individus portés sur les listes à choisir leur médecin au commencement de chaque année. Dans la Haute-Saône où le système vosgien existe, l'abonnement est pratiqué à raison de 0 fr. 15 par habitant et les médecins se partagent la recette totale au prorata des visites qu'ils ont faites.

L'abonnement augmente l'hospitalisation parce que le médecin a toujours plus ou moins une tendance à envoyer à l'hôpital un malade lui demandant trop de soins. L'abonnement gêne souvent beaucoup le médecin et rend le malade exigeant; il a cet avantage qu'il permet d'évaluer à l'avance les frais médicaux, qu'il rend inutiles tout contrôle, les carnets et les feuilles de maladie.

Les honoraires sont variables; voici quelques chiffres pris sur les réglemens adoptés dans la session d'août dernier par certains conseils généraux :

2 francs par an et par inscrit (Aisne); 10 francs par cent d'habitants, plus 1 franc par kilomètre séparant le centre médical de chacune des communes (Hautes-Alpes); 1 franc par inscrit et 5 francs par kilomètre séparant le domicile du médecin du chef-lieu de la commune du malade (Cher); 0 fr. 10 par habitant de la circonscription

(Corrèze, Ariège, Morbihan); 0 fr. 15 par habitant (Haute-Saône); 3 francs par indigent (Tarn-et-Garonne); 2 francs par assisté, puis une somme variable selon les distances (Basses-Pyrénées); 3 francs par famille inscrite, distante de moins de 6 kilomètres du médecin, 5 francs au-delà (Somme).

Les sociétés de secours mutuels payent à l'abonnement de 2 fr. 50 à 4 francs par sociétaire selon l'éloignement; aussi nous considérons que pour l'assistance un abonnement fait à raison de 2 francs par inscrit et en plus 0 fr. 10 par kilomètre du domicile du médecin au chef-lieu de commune de l'indigent inscrit, doit être considéré comme la dernière limite. De plus l'abonnement serait double pour les malades inscrits d'urgence; on en comprend facilement le motif. Une commune de 500 habitants, ayant 32 inscrits et située à 2 kilomètres du médecin aurait à donner à ce dernier 70 francs par an. Ce système est sûrement un des moins coûteux.

A la visite. — Parait sauvegarder les intérêts du malade et ceux du médecin, respecter les justes sentiments de dignité professionnelle. Mais il livre un champ trop vaste aux dépenses et peut devenir très onéreux pour les communes, comme la chose s'est bien souvent produite pour les sociétés de secours mutuels. M. Loubet, au conseil général de la Drôme, s'est demandé si le tarif à la visite et au kilomètre, était applicable. C'est un désidératum des plus louables, dit-il, de laisser aux malades le choix de leurs médecins; c'est merveilleux, c'est l'idéal. Et si cet idéal augmente vos dépenses et rend les ressources votées insuffisantes de moitié?

Quoi qu'il en soit, nous nous déclarons partisan de ce mode de rétribution qui est le plus juste et le plus équitable, les honoraires étant proportionnés au travail effectué, qui a d'ailleurs été le seul indiqué dans les règlements modèles du conseil supérieur.

Mais nous l'appliquerions avec le système par circonscription médicale, le médecin ayant plus de liberté vis-à-vis de son malade et l'administration ayant une sanction contre l'excès de zèle du médecin.

La constatation de la distance parcourue pourra cependant donner lieu à de fréquentes contestations.

Les départements ont adopté des tarifs très variés et nous en donnerons un résumé au chapitre XVI.

Pour nous, nous sommes d'avis de prendre les bases suivantes. 0 fr. 50 par consultation; 1 franc par visite dans l'agglomération et dans un rayon de 1 kilomètre; en plus au-delà du premier kilomètre, 0 fr. 50 par kilomètre, parcouru à l'aller seulement, distance comptée de la commune du domicile du malade à celle du médecin (le plus rapproché si on prend le système vosgien), toujours premier kilomètre déduit et une fraction supérieure à 1/2 kilomètre, étant comptée pour 1 kilomètre. Ainsi une visite faite à 3 kilomètres serait payée 2 francs. Visites de nuit doubles de 8 heures du soir à 6 heures du matin. Si le médecin voit plusieurs inscrits dans la même commune ou sur sa route, le déplacement ne lui sera compté qu'une fois, mais en prenant pour base la distance la plus éloignée. Soins donnés au dispensaire peuvent être payés par vacations : 5 francs ou à la consultation : 0 fr. 50. Les opérations de petite et grande chirurgie

seraient payées sur tarif spécial, arrêté tous les trois ans par le Préfet sur la proposition d'une commission spéciale et après avis du conseil général. Les bases suivantes pourraient être adoptées:

Extraction de dents, pansement, ventouse, injection hypodermique.	1 fr.
Saignée, cautérisation, électrisation, ouverture abcès, examen divers: spéculum, laryngoscope, ophthalmoscope, cathétérismes divers, analyse d'urine, paraphimosis	2 fr.
Réduction de hernie, phlegmon profond, hydrocèle, phimosis, ongle incarné, paracentèse abdominale, fracture clavicule, côtes, doigts, appareils silicatés, plâtrés, de Sultet.	5 fr.
Fracture de bras, avant-bras, jambe (en plus de l'appareil), luxations coude, épaule, chloroformisation	10 fr.
Fracture de cuisse (appareil en plus), luxation fémur, ligatures d'artères, application de forceps, version, décollement du placenta, tamponnement vagin.	15 fr.
Amputation d'un membre, d'un sein, kélotomie, thoracentèse.	20 fr.
Accouchements simples y compris soins à l'accouchée et à l'enfant (indemnité kilométrique en plus) au médecin 10 francs, à une sage-femme 6 fr.	

Les visites sont constatées et les mémoires vérifiés en se conformant aux règlements élaborés par le conseil supérieur de l'assistance publique.

On ne peut penser proposer au corps médical une exacte rémunération des services qu'il rend. On fait appel à son dévouement et à son esprit de sacrifice pour qu'il se contente d'une indemnité qui lui laissera un titre à la consi-

dération et à la reconnaissance des populations. Il arrive journellement que les médecins se déplacent et prodiguent leur zèle sans espoir et sans possibilité d'une rémunération quelconque. Cet état de choses, grâce à l'organisation nouvelle, cessera dans la plupart des cas. Mais il ne s'ensuit pas que la collectivité puisse offrir au corps médical dans la personne des pauvres une clientèle lucrative. Ce qu'elle offre aux médecins restera nécessairement au-dessous de ce que comporterait légitimement leur service.

En vérité, dit M. le député Delpeuch, la situation qui va être faite aux médecins est lourde de peine et légère de profit ; elle serait intolérable si les communes ne savaient borner aux seuls nécessiteux, aux vrais pauvres, la liste des clients obligatoires qui seront soignés pour rien et qui ne seront peut-être pas les moins exigeants ; telle qu'elle pourtant, les médecins l'acceptent sans hésitation ni marchandage, par amour du devoir et par tradition de charité. Voilà si longtemps qu'ils donnent sans compter leurs soins aux malheureux ! Ce dévouement toujours prêt pour les humbles, qui est l'honneur du corps médical, ne cessera point de mériter les noms de généreux et de désintéressé parce qu'on lui accordera une infime rémunération, et les malades indigents commettraient la pire des injustices, si, forts du droit à l'assistance que la loi leur reconnaît, ils se croyaient dispensés, envers celui qui les assiste, de toute gratitude et de toute affection.

XIV

RÈGLEMENTS POUR L'APPLICATION DE LA LOI DU 15 JUILLET 1893, ADOPTÉE PAR LE CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

1^o SYSTÈME DIT PAR CIRCONSCRIPTIONS MÉDICALES.

TITRE PREMIER

DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

Article premier. — Un service public d'assistance médicale pour les malades privés de ressources est établi dans le département de _____, en exécution de la loi du 15 juillet 1893.

Ce service qui a pour but de faire donner gratuitement aux malades privés de ressources, les secours de la médecine, de la pharmacie et de l'art des accouchements, s'étend à toutes les communes du département, dans les conditions ci-après.

Art. 2. — Le département est divisé au point de vue du secours à domicile, en circonscription, conformément au tableau annexé au règlement départemental. Dans chacune de ces circonscriptions, un médecin est chargé de donner ses soins aux malades privés de ressources. Les médecins du service sont nommés pour trois ans par le préfet. Après avis du médecin de la circonscription, le préfet nomme pour la même durée une ou plusieurs sages-femmes du service.

Art. 3. — Les pharmaciens ayant adhéré au règlement dépar-

temental sont chargés de la délivrance des médicaments prescrits par les médecins et sages-femmes du service.

TITRE II

SERVICE MÉDICAL ET SECOURS A DOMICILE.

Art. 4. — Le président du bureau d'assistance ou son délégué délivre à toute personne inscrite sur la liste d'assistance et à toute personne dont l'admission a été prononcée d'urgence.

1° Un carnet à souche contenant des billets de visite ;

2° Une feuille de maladie.

Art. 5. — Autant que possible, chaque commune ou syndicat de communes est pourvu d'un dispensaire où des consultations gratuites sont données à jours fixes, à tout malade justifiant de son inscription sur la liste d'assistance. Les malades y reçoivent les soins que comporte leur état ; il leur y est délivré des médicaments.

Le médecin du service est tenu de se rendre au dispensaire aux jours et heures fixés par le préfet.

Art. 6. — Le malade qui ne peut se rendre ni au domicile du médecin, ni au dispensaire, fait appeler le médecin en lui faisant présenter son carnet. La visite est constatée par la remise d'un billet de visite.

Art. 7. — Dans les cas où l'admission à l'assistance médicale gratuite est prononcée d'urgence, le médecin peut être appelé auprès du malade, soit directement par le président du bureau d'assistance ou son délégué, soit par le malade ou sa famille, sur la présentation d'une note faisant foi de l'admission. Le billet de visite doit être remis et la feuille de maladie présentée au médecin dans les trois jours.

Art. 8. — Le médecin mentionne sa visite sur la feuille de maladie prévue au second paragraphe de l'article 4. A la fin de la maladie, cette feuille est remise au président du bureau d'assistance.

Art. 9. — Il ne peut être délivré, à la charge du service d'assistance, d'autres médicaments ou appareils que ceux inscrits au tarif réglementaire.

TITRE III

SECOURS HOSPITALIERS.

Art. 10. — Lorsqu'un malade qui ne se trouve pas dans le cas prévu par l'article premier de la loi du 7 août 1831, ne peut être soigné utilement à domicile et doit être placé dans un établissement hospitalier, l'admission de ce malade n'est autorisée que sur la production :

1° D'un carnet de visite constatant que le malade est inscrit sur la liste d'assistance, ou de la note du président du bureau d'assistance, attestant qu'il a été l'objet d'une décision d'admission d'urgence ;

2° D'un certificat du médecin de l'assistance indiquant la nature de la maladie et les raisons pour lesquelles il y a impossibilité de soigner utilement le malade à domicile.

Art. 11. — Les malades des communes sont dirigés sur l'hôpital ou sur l'un des hôpitaux auxquels est rattaché la commune, conformément au tableau ci-après :

Communes	Hôpitaux de rattachement	
	Infirmérie	Grand Hôpital

Le certificat du médecin mentionne l'hôpital sur lequel le malade doit être dirigé. Dans le cas de rattachement à une infirmerie, si le choix du médecin porte sur le grand hôpital les motifs en doivent être indiqués sur le certificat.

Le transport a lieu par les soins du représentant du bureau d'assistance et aux frais du service.

TITRE IV

APPAREILS ORTHOPÉDIQUES ET PROTHÉTIQUES.

Art. 12. — Les appareils, autres que ceux portés sur le tarif à l'article 9 ci-dessus, sont fournis en vertu d'une décision de la commission administrative du bureau d'assistance prise sur le vu du certificat du médecin.

TITRE V

COMPTABILITÉ.

Art. 13. — Tous les ans avant le 1^{er} février, les présidents des bureaux d'assistance transmettent à la préfecture les feuilles de maladie prévues aux articles 4 et 7 et les talons des carnets à souches mentionnés à l'article 8, pour servir à la vérification des mémoires produits par les médecins, pharmaciens et sages-femmes.

Art. 14. — Tous les ans avant le 1^{er} février, sous peine de déchéance de leurs droits, les médecins et sages-femmes doivent transmettre à la préfecture les billets de visite, et les pharmaciens les ordonnances se rapportant à l'année écoulée.

Ces pièces sont accompagnées d'un bordereau récapitulatif établi conformément au tarif adopté.

Les médecins qui délivrent des médicaments produisent deux mémoires : sur l'un, ils portent exclusivement leurs visites et opérations ; sur l'autre les médicaments qu'ils ont fournis,

Art. 15. — Dans le délai prévu à l'article 14, les commissions administratives des hôpitaux font parvenir un état nominatif des malades traités dans ces établissements conformément à la loi du 15 juillet 1893.

Art. 16. — Une commission de vérifications composée de quatre médecins et de deux pharmaciens est chargée de vérifier les mémoires produits par les médecins, les pharmaciens, les sages-femmes et les fournisseurs d'appareils.

Cette commission est présidée par le préfet ou son délégué.

Le président a voix prépondérante en cas de partage.

Art. 17. — Les membres de la commission de vérification sont nommés par le préfet pour une période de trois ans.

Ils sont pris : 1° sur une liste de huit noms proposés par les médecins du service, à la suite d'un vote sous pli cacheté ; 2° sur une liste de quatre noms proposés par les pharmaciens dans les mêmes conditions.

Art. 18. — Le prix des visites médicales est fixé ainsi qu'il suit... franc par visite, plus... par kilomètre, la distance étant comptée à partir du domicile du médecin à celui du malade.

Les opérations pratiquées à domicile sont payées d'après un tarif spécial arrêté tous les trois ans par le préfet sur la proposition de la commission de vérification et après avis du conseil général.

Les opérations pratiquées à domicile, non prévues au tarif doivent faire l'objet d'une note explicative qui est soumise à la commission de vérification.

Le prix des visites de nuit est double de celui des visites de jour. Les visites de nuit sont celles qui ont lieu en toute saison après... heures du soir et avant... heures du matin.

Les honoraires dus aux médecins pour soins donnés au dispensaire sont fixés par vacation, d'après un tarif spécial arrêté

tous les trois ans par le préfet sur la proposition de la commission de vérification et après avis du conseil général.

Le tarif des médicaments est arrêté par le préfet dans les mêmes conditions.

Art. 19. — La rétribution allouée aux sages-femmes, en sus de l'indemnité kilométrique est de... francs, pour chaque accouchement, y compris les soins à donner à l'accouchée et au nouveau-né.

Lorsque le médecin a été appelé au cours d'un accouchement difficile, il est payé d'après le tarif prévu à l'article 18.

Art. 20. — Toutes les dépenses relatives aux visites, aux soins donnés dans les dispensaires, aux opérations à la fourniture des remèdes ou appareils, au remboursement à faire aux établissements hospitaliers, sont mandatées par le préfet.

2° SYSTÈME DIT VOSGIEN

(Ce règlement comprend également 20 articles dont la plupart sont identiques à ceux du premier système. Nous ne donnons ici que les articles qui diffèrent).

Art. 2. — Le tableau des médecins et des sages-femmes qui, ayant adhéré au règlement départemental, peuvent être appelés à donner leurs soins aux malades privés de ressources, est arrêté chaque année par le conseil général, sur la proposition du préfet après avis de la commission prévue de l'article 16.

Art. 3. — L'adhésion au règlement départemental implique pour les médecins et les sages-femmes les plus rapprochés du domicile du malade l'obligation de se rendre à l'appel de ce malade.

Art. 5. (2° alinéa). — Le médecin, choisi par le bureau d'assis-

tance pour assurer le service du dispensaire, est tenu de s'y rendre régulièrement aux jours et heures indiqués.

Art. 10. (3^e alinéa). — 2^e D'un certificat qui est délivré par le médecin de l'assistance traitant le malade et qui indique la nature de la maladie et les raisons pour lesquelles il y a impossibilité de soigner utilement le malade à domicile.

Art. 11. — Une commission composée de quatre docteurs en médecine et de deux pharmaciens de première classe est chargée :

1^o D'émettre l'avis prévu à l'article 2.

2^o De vérifier les mémoires produits par les médecins, les pharmaciens, les sages-femmes et les fournisseurs d'appareils.

Cette commission est présidée par le préfet ou son délégué.

Le président a voix prépondérante en cas de partage.

Art. 18. 1^{er} alinéa). — Le prix des visites médicales est fixé ainsi qu'il suit..... franc par visite, plus..... par kilomètre, la distance kilométrique étant celle du domicile du médecin le plus rapproché de celui de l'assisté.

Nous avons déjà discuté bien des points touchant à ces règlements, par exemple les systèmes et honoraires médicaux. Nous n'y reviendrons pas. Mais il nous semble que quelques articles de ces règlements pourraient être avantageusement modifiés.

Art. 4. — Il conviendrait de dire que le carnet remis à l'assisté doit porter les indications suivantes: nom, profession, âge, distance existant entre son domicile et celui du médecin du service (circonscription) ou du médecin le plus près (vosgien).

Art. 5. — La loi n'ayant pas prévu avec intention l'établissement des dispensaires, on doit en limiter beaucoup le nombre et n'arriver à ces créations que dans le cas de

nécessité bien établie. Nous rédigerons l'article 5 comme suit : « Lorsqu'un groupe de communes ou une commune importante se trouve très éloigné de tout médecin, il peut y être créé un dispensaire où, etc.

Art. 10. — Il serait bon d'ajouter à la fin : « Le certificat doit être contresigné par le président du bureau d'assistance ou son délégué. » La loi, article 3, prescrit en effet rigoureusement cette formalité qui permet à l'hôpital de réclamer à qui de droit les frais de journée.

Art. 16. — Nous trouvons que en dehors du préfet, les médecins et les pharmaciens sont seuls représentés dans cette commission et encore par des commissaires élus par eux. Il serait bon que le conseil général eut des délégués dans cette vérification, les intérêts des médecins n'étant pas seuls en jeu. C'est ainsi que l'ont compris plusieurs départements qui n'ont pas adopté la rédaction de l'article 16. Nous serions d'avis de composer la commission comme suit : préfet, président, directeur ou inspecteur du service, vice-président, trois membres élus par le conseil général ou choisis par le préfet et les six membres déjà prévus par l'article 16.

Art. 17. — Il conviendrait d'indiquer qu'il sera procédé à cette élection dans les formes adoptées pour l'élection des délégués au conseil départemental de l'instruction primaire.

Art. 18. — Le règlement devrait indiquer : 1° le prix des consultations, qui ont une valeur moindre que les visites à domicile ; 2° que dans l'agglomération la visite sera seule comptée ; 3° que toute fraction d'un kilomètre sera payée pour un kilomètre lorsqu'elle sera supérieure à 500 mètres ; 4° que lorsque le médecin aura vu plusieurs

malades assistés dans la même localité ou sur sa route, le déplacement ne lui sera compté qu'une fois, mais en prenant pour base la distance la plus éloignée.

Nous trouverions plus équitable de ne compter l'indemnité kilométrique qu'après le premier kilomètre, le prix de la visite simple dans ce rayon paraissant suffisant. Le tarif des médicaments devrait être révisé tous les ans, en raison des variations très notables du prix de certains produits et des médicaments nouvellement employés.

En ce qui concerne le système vosgien :

L'article 3 paraît un peu sévère pour ce régime de liberté et peu de départements l'ont adopté.

Cependant nous approuvons entièrement les dispositions suivantes : Obligation morale pour le médecin le plus voisin ayant adhéré au règlement ; obligation pour le malade de prendre le médecin le plus rapproché ou tout autre médecin consentant à accepter le traitement qui reviendrait au premier ; obligation de ne pas changer de médecin pendant toute la durée de la même maladie.

Art. 5. — Pourquoi laisser le choix du médecin du dispensaire à un seul bureau d'assistance, lorsque ce dispensaire peut servir à plusieurs communes ? Ce serait le médecin le plus voisin qui devrait être choisi ; mais s'ils étaient deux dans la même localité, lequel désignerait-on, et sur quelles considérations s'appuierait-on ? Il faut laisser cette nomination au préfet, qui se tiendra en dehors des influences locales.

Enfin les remarques faites sur le règlement par circonscriptions s'appliquent également au règlement système vosgien.

XV

ASSISTANCE HOSPITALIÈRE

Le législateur a donné une préférence très justifiée à l'assistance à domicile sur l'assistance hospitalière, et c'est très exceptionnellement, en cas d'impossibilité bien constatée, que le malade devra être envoyé à l'hôpital.

Les raisons de cette sévère réglementation reposent sur des considérations hygiéniques, morales et économiques.

Les malades sont mieux logés, mieux nourris, soignés avec plus de propreté, les prescriptions du médecin sont plus fidèlement exécutées à l'hôpital qu'au sein de sa famille. Cependant malgré ces conditions favorables la guérison est plus rare à l'hôpital qu'à domicile. Rien ne remplace, en effet, l'air pur de la campagne, ainsi que l'isolement, et malgré les immenses progrès réalisés dans un grand nombre d'établissements hospitaliers, les prescriptions les plus essentielles de l'hygiène ne sont pas encore observées dans bien d'autres et la désinfection s'y fait d'une façon défectueuse et insuffisante.

L'assistance à domicile, dit M. Campagnole, permet à l'individu secouru de demeurer chez lui, auprès des siens tout au moins, et de recevoir au foyer domestique les soins de la famille dont les liens ne se trouvent pas ainsi

exposés à être, en cas de maladie, subitement relâchés. De plus en revêtant ce caractère familial, l'assistance médicale habitue les parents, les amis, les voisins, à ne pas se désintéresser de la maladie qui frappe un des leurs ; elle leur rend plus facile la mise en pratique des idées de fraternité ; elle les conduit par une pente presque insensible à l'exercice volontaire des principes généreux de la solidarité sociale. L'hôpital est souvent éloigné : il en coûte de se déplacer pour aller voir le malade ; c'est une perte qui est prise et doit être prise en sérieuse considération par de pauvres gens justement ménagers de leur temps et de leur argent.

Ces visites et ces soins à domicile ne pourront d'ailleurs que hâter grandement la guérison du malade, heureux d'avoir auprès de lui des visages amis et de pouvoir continuer à converser, à s'entretenir de sujets qui lui tiennent à cœur. On connaît la répugnance en quelque sorte instinctive que les malades de la campagne éprouvent à se rendre à l'hôpital : c'est là un sentiment naturel, qui par l'influence inévitable du moral sur le physique, met l'assisté dans des dispositions fâcheuses pour bénéficier des secours hospitaliers.

On conçoit la mauvaise impression produite par le mot hôpital dans les traditions, dans les préjugés populaires, lorsqu'on se souvient ce qu'était jadis cet asile aujourd'hui si bien tenu, si propre, si bien organisé. Aux ^{xvi}^e et ^{xvii}^e siècles, il servait de lieu de réclusion permanente aux mendiants, aux vagabonds, aux gueux, aux gens sans aveu, qui encombraient les villes.

Les conditions matérielles étaient atroces, même dans

ceux affectés aux soins des malades et le séjour en était triste et odieux : l'air et la lumière n'y pénétraient qu'avec peine ; une odeur épouvantable s'en échappait, le chauffage était nul ; les variolés, les rougeolés, les galeux, n'étaient pas isolés ; les femmes, les hommes, les enfants cohabitaient dans les mêmes salles, l'hôpital devenant ainsi un lieu de scandale. On voyait jusqu'en 1830, 12 malades couchés pêle-mêle dans un seul lit, 4 accouchées occupant fréquemment le même lit en bois, garni de paillasses et de matelas de plumes qu'on ne changeait jamais. L'usage des bains était inconnu, les opérations se pratiquaient dans la salle des malades.

« Lorsque, disait La Rochefoucault-Liancourt, dans des lieux étroits et déjà infectés par le nombre immense de leurs habitants, l'on voit des malades entassés dans un même lit, lorsque des corps atteints de maux ou de même genre ou de nature différente, très souvent contagieux et toujours d'un dégoût insupportable, sont rapprochés les uns des autres, sous la même couverture, s'agitant, s'échauffant mutuellement, tourmentés et de leurs propres maux et des plaintes douloureuses de leurs tristes compagnons, quelle âme ne frémirait pas et ne serait pas touchée d'un pareil spectacle ? »

Quel changement aujourd'hui ! et l'hôpital de nos jours n'a de commun que le nom avec celui d'autrefois. Aussi doit-on s'efforcer de combattre, de détruire cette véritable crainte qu'inspire encore l'idée de l'hôpital à de pauvres ouvriers qui sont privés de ses bienfaits.

La raison capitale, décisive, qui doit faire adopter le traitement à domicile comme règle générale, c'est l'écono-

me énorme qu'il réalise sur le traitement à l'hôpital ; l'hospitalisation de tous les malades et la création des nombreux hôpitaux qui en seraient la conséquence deviendraient en effet des mesures ruineuses pour les populations rurales. On a calculé, en effet, que le traitement d'un malade à domicile revient à environ 7 francs ; s'il était soigné à l'hôpital la dépense serait cinq fois plus élevée. On peut évaluer à 1 fr. 50 le prix moyen de la journée d'hôpital, chiffre fourni par les statistiques en y comprenant : frais de personnel, matériel, nourriture et pharmacie ; si on compte qu'un malade séjourne en moyenne 25 jours à l'hôpital, on arrive à 37 fr. 50, sans y comprendre les frais de transport du malade.

Dans un esprit de préférence encore plus accusé en faveur des secours à domicile, le Gouvernement avait proposé la création dans chaque commune de dispensaires affectés aux consultations externes des médecins qui se seraient faites à jour et heure fixes dans un local communal et où des médicaments auraient été administrés sur place. C'était le premier pas vers l'infirmerie communale ou cantonale.

La Chambre des Députés a jugé cette organisation inutile et impraticable. Elle a reconnu l'impossibilité absolue pour le médecin de se rendre à jour et à heure fixes dans chacune des communes d'un canton. Elle a vu aussi des difficultés matérielles à l'installation des dispensaires dans les édifices communaux.

La création des dispensaires, d'après le conseil général de la Vienne, n'aurait aucune raison d'être puisque chaque médecin donne à son domicile des consultations sou-

vent gratuites et des ordonnances qui sont exécutées sur le champ. De plus, avec le système vosgien, le malade n'est pas certain d'y trouver son médecin ordinaire.

Enfin les dispensaires n'épargneraient pas des journées d'hôpital, comme on l'a dit, les malades se présentant au dispensaire n'étant pas dans les conditions voulues pour être hospitalisés.

Néanmoins l'administration persiste à penser que les dispensaires pourraient rendre des services et les conseils généraux ont la faculté de procéder à ces créations de par l'article 4. Notre avis est qu'on devra en limiter beaucoup le nombre et ne procéder à cette installation que dans les communes très importantes et très éloignées de tout médecin.

Mais l'hospitalisation peut être en certains cas absolument nécessaire, à raison, soit de la nature de la maladie, soit de l'insalubrité du domicile de l'assisté, soit de l'absence de toute personne capable de garder et de soigner le malade.

La loi prévoit les formalités à remplir pour la constatation de cette impossibilité, dont les causes doivent être indiquées d'une manière précise.

Si la commune du malade possède un hôpital, toutes les difficultés sont levées, parce qu'il a le droit, conformément à l'article 1^{er} de la loi du 7 août 1851, d'être reçu gratuitement, sans certificat d'admission. Mais dans le cas contraire, il y a lieu d'examiner dans quel genre d'hôpital il pourra être soigné et dans quel hôpital du département il doit être envoyé.

On peut diviser en trois classes les établissements affec-

tés au traitement des indigents : infirmeries, hôpitaux-hospices, hôpitaux.

L'infirmerie, l'intermédiaire entre le dispensaire et l'hôpital, consiste en un petit hôpital cantonal n'ayant pas le matériel, les appareils coûteux, l'outillage perfectionné, le personnel de choix d'un grand hôpital ; il peut servir avantageusement au traitement des maladies légères, des affections internes.

L'hôpital-hospice est le lieu de refuge des vieillards, des infirmes, des incurables. Il est presque toujours pourvu d'une infirmerie, c'est-à-dire d'une salle particulière où les lits sont spécialement affectés aux hospitalisés qui tombent malades. Cet établissement avec quelques aménagements peut donc être avantageusement utilisé pour l'assistance médicale. Il en existe un grand nombre dont les lits disponibles rendront un réel service et dispenseront de construire de nouveaux hôpitaux. C'est le genre hôpital-hospice pouvant servir à soigner les malades indigents et à recueillir les infirmes et les vieillards qui devrait être édifié dans les cantons, si le besoin se faisait sentir de créer des nouveaux lits.

L'hôpital proprement dit comprend au moins 50 lits ; il est aménagé, outillé de façon à faire face à toutes les éventualités, le personnel est suffisant, habitué, instruit par la pratique de chaque jour. Il présente seul les garanties voulues pour recevoir les malades présentant des cas graves, nécessitant des opérations chirurgicales difficiles.

Sur quel hôpital devra être dirigé le malade d'une commune dépourvue d'établissement hospitalier ? L'article 3 dispose que toute commune est rattachée pour le traite-

ment de ses malades à un ou plusieurs des hôpitaux les plus voisins. Ce travail doit être opéré par le conseil général qui détermine des circonscriptions hospitalières embrassant les communes qui, dépourvues d'hôpital, d'hospice ou d'infirmerie, seront rattachées à un centre hospitalier assez proche et ayant des ressources en lits proportionnelles à l'importance de la population desservie. L'Etablissement choisi devra présenter des garanties sérieuses au point de vue de l'installation et au point de vue de la capacité professionnelle du personnel, notamment du personnel secondaire, et son fonctionnement devra pouvoir être surveillé de près.

Par rattachement d'une commune à un ou plusieurs hôpitaux il faut entendre la faculté laissée au conseil général de faire deux rattachements pour les communes éloignées des grands hôpitaux : rattachement à un établissement modeste pour les cas légers, rattachement à un hôpital bien installé, bien outillé à personnel de choix pour les cas graves nécessitant des opérations chirurgicales. On peut avec avantage rattacher un groupe de circonscriptions, possédant chacune un petit hôpital, à un grand hôpital ayant au moins 50 lits.

Les préfets doivent se rendre un compte exact des ressources qu'offrent les établissements hospitaliers existant de façon à en tirer le meilleur parti possible pour l'assistance médicale. A cet effet il a dû être fait dans chaque hôpital un relevé des lits disponibles. Enfin il appartient au préfet, après avis du conseil général, de fixer le prix de journée des malades assistés placés dans les hôpitaux. Ce prix ne peut être inférieur à la moyenne du prix de

revient constaté pendant les cinq dernières années. Ce prix peut varier très sensiblement, il est généralement de 1 fr. 25 à 1 fr. 50.

Lorsqu'une commune ne possède pas d'hôpital, elle peut traiter avec un établissement privé pour l'entretien de ses malades, sous l'approbation du préfet; mais alors les subventions de l'Etat et du département ne s'étendent pas aux dépenses faites par la commune dans ses rapports avec des établissements qui échappent presque complètement au contrôle et à la surveillance de l'administration, soit pour leur tenue, soit pour leur gestion financière. Mais le secours d'un établissement privé ne devrait être considéré que comme un moyen temporaire de faire face aux nécessités du service en attendant qu'il y soit pourvu régulièrement par des constructions ou des aménagements.

Recherchons maintenant si les lits disponibles sont suffisants pour assurer en France l'hospitalisation des assistés :

D'après une enquête faite le 30 juin 1892, il existe en France, Paris excepté, 50,000 lits destinés aux indigents malades; 1.259 cantons sont pourvus de lits et 1.594 en manquent. La moyenne générale est d'un lit pour 766 habitants. Lits disponibles d'après la moyenne des comptages : 15,000, soit 30 pour cent environ de ceux existants.

M. l'Inspecteur général Douineau, raisonnant d'après l'état actuel des choses, fixe à 1 lit pour 1000 habitants le nombre des lits nécessaires pour assurer d'une façon convenable l'hospitalisation. Suivant lui le rapport du nombre des hospitalisés au chiffre de la population est d'environ

10 pour 1.000 et la durée moyenne du traitement de 37 jours. Un lit pourrait donc servir successivement à 10 malades dans le cours d'une année et à supposer que les malades se succèdent sans interruption, on aurait besoin de 40 mille lits pour toute la France et il y en a 50 mille. Mais il faut tenir compte des épidémies, des lits inoccupés provenant de ce que les malades ne se succèdent pas immédiatement dans le même lit.

Prenons une autre base d'évolution : il y a en France 2 malades secourus pour 100 habitants, soit 704, 032 ; il y a 1/10 des malades hospitalisés, soit 70 mille environ. En admettant un séjour à l'hôpital de 37 jours, ils n'auraient besoin que de 10 mille lits ; or, nous avons vu qu'il en existait 15 mille de disponibles. Mais encore ce chiffre de 37 jours de séjour pour chaque malade paraît exagéré (quoique si on restreint l'hospitalisation on doit s'attendre à recevoir des malades qui en raison de la gravité de leur affection devront subir un traitement assez long), et on peut facilement le baisser à 30, peut-être à 25 jours ; les sociétés de secours mutuels n'arrivant qu'à une moyenne de 17 jours de maladie.

Si ces lits étaient convenablement répartis, il n'y aurait donc pas à craindre d'en manquer. Mais il pourra y avoir surabondance ici et disette ailleurs ; il faut donc compter avec des lits vacants dans certaines régions.

Dans certains départements au contraire il pourra arriver que l'utilisation des lits existants ne permette pas d'assurer aux malades les secours hospitaliers ; il sera alors nécessaire de créer des lits nouveaux, soit en désaffectant une ou deux salles réservées aux vieillards et si

fréquemment inoccupées, soit en mettant de nouveaux lits dans les salles vides ou assez vastes pour les recevoir, soit en adjoignant au corps de bâtiment principal un ou plusieurs pavillons relativement peu coûteux et ne nécessitant pas une augmentation de personnel ni de frais généraux. Si enfin, les établissements existants sont insuffisants et s'il n'est pas possible de les agrandir, ni de créer des lits supplémentaires pour répondre aux exigences de la loi il faudrait construire de nouveaux hôpitaux ; nécessité qui, il faut l'espérer, se présentera rarement, les dépenses devant en résulter pouvant être considérables.

Dans son rapport si remarquable sur l'hospitalisation, M. Monod demande qu'il existe au moins dans chaque département un hôpital à 50 lits, présentant une installation et un personnel pouvant suffire au traitement de tout cas morbide.

Pour arriver à ce résultat, il suffirait de créer 63 lits : 14 lits à Digne, 18 à Guéret et 31 à Mende, où les hôpitaux sont insuffisants. Enfin pour assurer une assistance hospitalière convenable dans toute la France et dans l'arrondissement même habité par les malades, il faudrait, d'après M. Monod, en prenant la base de 2 malades pour 100 habitants, et de 1 malade à hospitaliser sur 10, enfin, en réservant 1 lit sur 3 et accordant 1 lit par an pour 7 malades, créer en France 297 lits et seulement 7 établissements hospitaliers dans les villes suivantes : Rocroi, 17 lits ; Murat 11, Calvi 8, Corte 20, Lesparre 14, Florac 11, Melle 23. Les autres lits seraient fournis par des aménagements ou des agrandissements d'hôpitaux existants.

Si donc les établissements existants étaient décidément

insuffisants, et s'il n'était pas possible de les agrandir assez pour répondre aux exigences de la loi, il faudrait construire de nouveaux hôpitaux. Cette nécessité se présentera rarement; presque partout, avec une bonne organisation du service à domicile et l'installation de quelques dispensaires, la quantité des lits existants, ou pouvant être facilement créés dans les établissements actuels sera suffisante.

La question de la construction de nouveaux hôpitaux a été portée devant le Congrès de Lyon et devant la Société de médecine publique.

M. le professeur Bondet a donné lecture au congrès de Lyon d'un remarquable rapport sur l'assistance hospitalière. Nous regrettons vivement que l'espace nous manque pour donner une analyse complète de ce beau travail : Pour assurer le fonctionnement de la loi du 15 juillet, dit M. Bondet, il faut créer des centres hospitaliers, il faut créer des hôpitaux régionaux. Cette organisation d'hôpitaux régionaux est l'idée maîtresse, directrice du rapporteur. C'est une idée originale, appelée à transformer l'hospitalisation en France, si elle était appliquée.

Les hôpitaux régionaux, c'est-à-dire créés non d'après les circonscriptions administratives, mais suivant les affinités géographiques, les besoins, les traditions des communes seront subventionnés par l'État, le département, les communes; ils pourront recevoir des dons et legs. Quels seront les avantages de cette création d'hôpitaux régionaux? Les malades ruraux trouveront à proximité un hôpital modèle, avec toutes les ressources de l'art médical; ils ne seront plus exposés à périr faute de soins, ou à

coûter très cher à leurs communes pour les faire transporter dans un grand hôpital.

Dans les grandes villes les salles sont encombrées et l'hygiène en souffre ; la porte est assiégée de malades, refusés faute de place ; il y a trop de malades et le grand fléau c'est l'encombrement, il faut désencombrer les hôpitaux des cités, l'hôpital régional présente des avantages sociaux incontestables au point de vue du malade, du médecin et de la société en général.

Il devra réunir toutes les conditions désirables. Pour cela l'administration, les architectes, doivent suivre les plans fournis par les hygiénistes. M. Bondet parle ensuite des conditions que devra remplir un hôpital régional : emplacement (nature du sol, orientation, distance du centre de la ville), construction (cours intérieures et jardin, nombre d'étages, genres de matériaux, imperméabilité des murs, toitures, plafonds, planchers, etc.), ventilation, chauffage aménagements des salles et de leurs annexes.

La *Revue d'hygiène* a donné deux mémoires fort intéressants, l'un de M. Drouineau, inspecteur général, sur l'hygiène hospitalière ; l'autre de M. Laffilée, architecte, sur la construction de petits hôpitaux, ce dernier travail a été lu à la Société de médecine publique. Il y est préconisé la construction de petits hôpitaux de 20 à 25 lits et comprenant un pavillon principal à deux salles de 10 lits chacune, un bâtiment de dépendances, un pavillon de concierge, un pavillon pour le service de la désinfection, un pavillon d'isolement, ces deux derniers facultatifs. Le coût serait d'environ 2.000 fr. par lit, et pourrait descendre à 1.800 fr. dans certaines contrées.

XVI

ORGANISATION DE L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE DANS LES DÉPARTEMENTS

C'est au conseil général que l'article 4 de la loi confie le soin d'organiser le nouveau service ; il le fait de la manière la plus large. Il serait dangereux en effet d'assujettir les œuvres de l'assistance publique à un cadre et à des procédés uniformes, de plier sous une même règle inflexible et brutale les procédés divers et les modes différents d'assistance. Le législateur s'est gardé de contrarier les coutumes locales, il a entendu ouvrir un champ libre à l'initiative des assemblées départementales, à la condition que celles-ci respectent dans l'organisation qu'elles adopteront certains principes considérés comme étant d'ordre public.

L'organisation du service d'assistance médicale peut donc varier selon les régions, la configuration du sol, la facilité des communications, se plier aux habitudes déjà prises, aux conditions particulières du milieu, telles que densité de la population, nombre de médecins ; sauf un

petit nombre de points sur lesquels l'intérêt général exige que les pratiques anciennes soient au besoin rectifiées.

C'est donc un service départemental que la loi a fait de l'assistance médicale : la commune est une collectivité trop petite et trop faible pour pouvoir organiser efficacement, dans tous les cas, l'assistance des malades privés de ressources ; l'Etat est trop loin, son action est trop puissante et trop uniforme pour tenir un compte utile et suffisant des convenances locales, des traditions, des habitudes, et le département, organisme intermédiaire entre les communes et l'Etat, se trouvait en effet naturellement désigné pour procéder à la mise en œuvre de la réforme consacrée par la loi.

Dans les départements où fonctionne déjà un service de médecine gratuite les conseils généraux ont pu le conserver ou le modifier en le mettant en harmonie avec les prescriptions légales. A défaut d'organisation première, ce sont les règlements des départements voisins ou similaires qui ont servi de modèle ; enfin les règlements types préparés par le conseil supérieur et soumis aux conseils généraux à titre de simple indication, ont été pour ces derniers des guides précieux, sur lesquels ils ont pu baser en toute assurance leurs délibérations.

C'est dans la session d'août 1894 que la question de l'assistance médicale a été discutée dans presque toutes nos assemblées départementales. Nous avons parcouru les procès-verbaux de 72 départements (les autres 14 nous ont fait défaut), et nous avons été frappé du peu d'uniformité des règlements approuvés ou proposés ; chaque département ayant adopté une rédaction plus ou moins

différente. Les grandes lignes sont, il est vrai, bien souvent les mêmes et comme c'est, en somme, le seul côté intéressant, nous allons nous efforcer d'en présenter un tableau qui résumera les décisions essentielles prises par les conseils généraux de ces 74 départements.

Système vosgien. — Les 34 départements suivants l'ont adopté : Ain, Ardennes, Bouches-du-Rhône, Charente-Inférieure, Charente, Côte-d'Or, Côtes-du-Nord, Creuse, Finistère, Gard, Gers, Gironde, Indre, Indre-et-Loire, Loire-Inférieure, Lozère, Manche, Mayenne, Maine, Marne (Haute), Nièvre, Oise, Pyrénées (Basses), Saône (Haute), Seine-Inférieure, Seine-et-Marne, Tarn, Tarn-et-Garonne, Vaucluse, Vendée, Vienne, Vienne (Haute), Vosges, Yonne.

Il y a obligation pour le malade de prendre le médecin le plus rapproché : Côte-d'Or, Indre, Loire-Inférieure, Seine-Inférieure, Tarn, Vienne.

Le malade ne peut changer de médecin pendant la même maladie : Côte-d'Or, Indre, Loire-Inférieure, Maine (Haute), Vienne, Vosges.

Il y a obligation pour le médecin le plus rapproché de se rendre à l'appel du malade : Bouches-du-Rhône, Gironde, Indre, Manche, Marne (Haute), Oise, Vendée, Vaucluse ; il y a obligation morale : Marne (Haute).

L'assisté choisit son médecin au début de la première maladie, et il le conserve pendant tout le courant de l'année à moins de force majeure : Vienne.

Le malade choisit son médecin dans un rayon déterminé par le conseil municipal ; s'il y en a deux dans la localité, il ne peut choisir qu'entre ces deux : Saône (Haute).

Système par circonscriptions. — 28 départements : Aisne, Alpes (Basses), Alpes (Hautes), Ariège, Calvados, Cantal, Cher, Corrèze, Doubs, Drôme, Eure, Garonne (Haute), Herrault, Ille-et-Vilaine, Jura, Loire, Loiret, Lot, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Morbihan, Pas-de-Calais, Puy-de-Dôme, Pyrénées-Orientales, Saône-et-Loire, Savoie, Sèvres(Deux), Somme.

Système mixte. Circonscriptions avec liberté de choisir le médecin : Ariège, Calvados, Herault, Puy-le-Dôme ; dans l'Ariège les circonscriptions sont révisées tous les trois ans et sont réparties d'après le nombre de médecins ayant adhéré au règlement ; s'il y a plusieurs médecins dans la même localité, le malade est libre de choisir ; mais il doit faire connaître ses préférences au début de l'année.

Il peut y avoir plusieurs médecins : Doubs, Eure.

Autant de circonscriptions qu'il y a de médecins ayant accepté le tarif : Ariège, Lot, Morbihan.

Un médecin suppléant : Deux-Sèvres, Loiret.

Circonscription hospitalière en prenant le médecin le plus rapproché : Savoie.

Médecins nommés pour un an : Ariège, Morbihan ; 3 ans : Eure, Ille-et-Vilaine, Saône-et-Loire ; 4 ans : Meurthe-et-Moselle.

Médecins nommés par communes : Meuse, Somme, Pyrénées-Orientales.

Système cantonal. — 1 département, Loire (Haute) afin de favoriser l'installation de médecins dans plusieurs cantons qui en sont dépourvus.

Pour les autres 11 départements, nous n'avons pas

d'indications suffisamment précises pour quelques-uns au point de vue du système adopté; dans la plupart le conseil général a renvoyé la décision à prendre à une session extraordinaire ou à la session d'avril 1895.

Honoraires à la visite. — 45 départements : Ain, Alpes Basses), Alpes (Hautes), Bouches du-Rhône, Calvados, Charente, Charente-Inférieure, Cher, Côtes-d'Or, Côtes-du-Nord, Creuse, Dordogne, Drôme, Eure, Eure-et-Loir, Finistère, Gard, Gers, Gironde, Hérault, Ille-et-Vilaine, Indre, Indre-et-Loire, Jura, Loiret, Loire-Inférieure, Lot, Lozère, Manche, Marne, Marne (Haute), Mayenne, Nièvre, Oise, Puy-de-Dôme, Savoie, Seine-Inférieure, Seine-et-Marne, Tarn, Vaucluse, Vendée, Vienne, Vienne (Haute), Vosges, Yonne.

Une grande confusion règne dans le mode de rétribution à la visite, et il y a presque autant de façons d'opérer qu'il y a de départements ayant adopté ce système.

(Le déplacement n'est compté qu'à l'aller, si l'indemnité porte également sur le retour l'aller a été doublé) :

Visite ; 2 francs et 0 fr. 15 de déplacement par kilomètre : Seine-Inférieure.

Visite : 1 fr. 50 jusqu'à 5 kilomètres et 3 francs au-delà, plus 0 fr. 15 par kilomètre de chef-lieu de commune du malade à chef-lieu du médecin hors de la commune du médecin : Bouches-du-Rhône.

Visite : 1 fr. 50 dans l'agglomération et 1 fr. 50 de déplacement en montagne et 0 fr. 80 en plaine par kilomètre : Savoie.

Visite : 1 fr. 50 et 20 fr. 0 de déplacement par kilomètre : Eure.

Visite : 1 franc et 1 franc de déplacement par kilomètre :
Ain, Cher.

Visite : 1 franc et 1 franc par kilomètre après 1 kilomètre : Gard, Gironde, Marne, Vaucluse.

Visite : 1 franc et 1 franc par kilomètre, jusqu'à 4 kilomètres et 0 fr. 50 après : Manche.

Visite : 1 franc et 0 fr. 80 par kilomètre après 1 kilomètre : Finistère.

Visite : 1 franc et après 1 kilomètre 1 franc en voiture et 0 fr. 50 par voie ferrée : Lozère.

Visite : 1 franc et 0 fr. 75 par kilomètre : Drôme, Jura.

Visite : 1 franc et 0 fr. 75 par kilomètre après 1 kilomètre : Vosges.

Visite : 1 franc et 0 fr. 75 par kilomètre après 2 kilomètres : Alpes (Basses).

Visite : 1 franc et 0 fr. 75 par kilomètre en montagne et 0 fr. 25 en plaine : Jura.

Visite 1 franc et 0 fr. 70 par kilomètre : Nièvre.

Visite 1 franc et 0 fr. 60 par kilomètre après 2 kilomètres : Marne (Haute).

Visite 1 franc dans agglomération et 0 fr. 50 par kilomètre du domicile du malade à celui du médecin : Charente Côte-d'Or, Charente-Inférieure, Vendée, Vienne.

Visite : 1 franc et 0 fr. 50 par kilomètre après 1 kilomètre : Ain, Creuse, Loire-inférieure, Mayenne, Puy-de-Dôme, Tarn, Marne (Haute).

Visite : 1 franc et 0 fr. 50 par kilomètre, après 2 kilomètres : Herault, Indre-et-Loire, Oise.

Visite : 1 franc et 0 fr. 50 par kilomètre, après 4 kilomètres, : Calvados.

Visite : 1 franc dans le rayon de la commune ; 0 fr. 50 par kilomètre jusqu'à 5 kilomètres, et 0 fr. 25 par kilomètre au-delà : Lot.

Visite 1 franc jusqu'à 1 kilomètre, 2 francs jusqu'à 4 kilomètres, au-delà 0 fr. 50 par kilomètre : Gers.

Visite : 1 franc et 0 fr. 40 par kilomètre : Eure-et-Loir.

Visite 1 franc et 0 fr. 30 par kilomètre : Dordogne.

Visite 1 franc et 0 fr. 25 par kilomètre : Loiret Yonne.

Visite : 0 fr. 60 et 0 fr. 40 par kilomètre par route et 0 fr. 20 par voie ferrée : Ille-et-Vilaine.

Indemnité fixe par circonscription, plus 1 franc par kilomètre, si le médecin est régulièrement appelé pour donner ses soins à domicile : Alpes (Hautes).

Visite : 1 franc dans agglomération, 1 fr. 50 dans commune du médecin, 2 francs hors commune et distance de moins de 3 kilomètres, 3 francs au-delà de 3 kilomètres : Seine-et-Marne.

Si le médecin voit plusieurs malades le déplacement n'est compté qu'une fois : Calvados, Loire-Inférieure, Marne (Haute), Oise, Puy-de-Dôme, Vendée, Vosges. Le contraire a lieu : Lot, Seine-Inférieure.

Déplacements payés toujours comme si le malade avait été soigné par médecin le plus voisin : Charente-inférieure, Côte-d'Or, Eure, Eure-et-Loir, Indre, Indre-et-Loire, Loire-inférieure, Lot, Marne (Haute), Oise, Puy-de-Dôme, Seine-Inférieure, Tarn, Vaucluse, Vendée, Vienne, Vosges. Yonne.

Les vaccinations sont payées 0 fr. 25 : Vosges.

Une fraction supérieure à 500 mètres est seule comptée pour 1 kilomètre : Marne (Haute), Vendée.

On détermine à l'avance pour chaque commune le prix unique de transport calculé sur la distance moyenne du domicile du médecin le plus rapproché, à tous les points de la commune : Côte-du-Nord.

Honoraires à l'abonnement : 14 départements !

Aisne, Ariège, Cantal, Cher, Corrèze, Deux-Sèvres, Loire, Morbihan, Pas-de-Calais, Pyrénées (Basses) Pyrénées-Orientales, Saône (Haute), Somme, Tarn-et-Garonne.

Par habitant, 0 fr. 10 ; Cantal, Corrèze, Morbihan.

Par habitant 0 fr. 10 ; si il y a plusieurs médecins ils sont payés au prorata des inscrits qui les ont choisis : Ariège.

Par habitant 0 fr. 15 ; pour le médecin et 0 fr. 05 pour la sage-femme, médicaments payés par le département : Saône (Haute).

1 franc par inscrit : Pas-de-Calais.

2 francs par assisté et en plus 0 fr. 50 jusqu'à 1 kilomètre, 1 fr. 50 de 4 à 8 kilomètres et 3 fr. de 8 à 12 kilomètres. Au commencement de chaque année l'assisté choisit son médecin : Pyrénées (Basses).

3 francs par famille inscrite jusqu'à 6 kilomètres ; 5 francs au delà ; un individu admis d'urgence est compté pour une famille : Somme.

1 franc par personne inscrite ou soignée, accidentellement, indemnité de 5 francs par kilomètre ou fraction, séparant le domicile du médecin du chef-lieu de commune : Cher.

2 francs pour le médecin et 1 franc pour le pharmacien par indigent inscrit : Aisne, Pyrénées-Orientales.

3 francs par indigent inscrit, opérations payées en plus : Tarn-et-Garonne.

Une somme de 25000 francs est répartie sur les médecins, en prenant pour base l'étendue et le nombre des inscrits de la circonscription : Deux-Sèvres.

Honoraires à forfait. — 6 départements : Ardennes, 200 francs par médecin ; Doubs, selon importance de la circonscription ; Haute-Garonne 1200 francs ; Haute-Loire 1000 francs ; Meurthe-et-Moselle, selon étendue et nombre des assistés de la circonscription ; Meuse, traitement à raison de 5 francs par dizaine d'indigents.

L'assistance n'a pas encore été organisée dans les départements suivants : Aude, Dordogne, Isère, Landes, Maine-et-Loire, Nord, Orne, Rhône, Seine-et-Oise.

Consultations gratuites. — Charente-Inférieure, Gard, Hérault, Indre-et-Loire, Lot, Manche, Marne (Haute), Puy-de-Dôme, Seine-et-Marne, Tarn, Vienne ; 1 fr. 50 : Bouches-du-Rhône ; 1 franc : Ain, Calvados, Charente, Cher, Côte-d'Or, Creuse, Deux-Sèvres, Eure, Gironde, Indre, Loiret, Mayenne, Nièvre, Oise, Savoie, Seine-Inférieure ; 0 fr. 50 : Alpes (Basses), Finistère, Indre-et-Loire, Jura, Loire-Inférieure, Lozère, Vendée, Vosges.

Visites de nuit. — D'une façon à peu près générale les visites de nuit sont doubles ; de même le déplacement, sauf de la Charente-Inférieure, l'Indre-et-Loire. La visite est de 3 francs dans la Savoie avec déplacement ordinaire ; double et 5 francs en plus dans la Marne ; il est de 3 francs dans la Haute-Marne et 0 fr. 90 par kilomètre ; de 4 francs dans la Seine-Inférieure avec 0 fr. 20 par kilomètre.

Les heures de nuit sont fixées d'une façon excessivement variable ; 8 heures du soir à 6 heures du matin : Nièvre, Charente, Hérault, 8 à 7 Savoie, 7 à 6 Ille-et-Vilaine, 7

à 7 Calvados, 9 à 7 Indre-et-Loire, 9 à 6 Eure, Yonne, 9 à 5 Vosges, 10 à 6 Haute-Marne, Seine-Inférieure, Vaucluse, 10 à 5 Dordogne; coucher au lever du soleil Drome; rarement par saison: 8 à 6 été et 7 à 7 hiver: Vienne: 9 à 5 et 7; à 7. Côte-d'Or, 10 à 5 et 9 à 7: Oise 9 à 6 et 8 à 7 Loiret.

Opérations. — Les petites opérations sont quelquefois comprises dans le prix de la visite. Ain, Cher, Indre-et-Loire, Loire-Inférieure, Lot, Lozère, Mayenne, Nièvre, Vendée, Vosges. Habituellement les conseils généraux doivent approuver un tarif spécial pour les opérations petites et grandes. Elles sont quelquefois payées sur note.

Sages-femmes. — Tarifs aussi très variables, il y a ou il n'y a pas d'indemnité kilométrique et un prix fixe: 5 francs Ariège, Tarn, Vaucluse, 5 à 6 francs Vosges; 6 francs Charente Dordogne, Doubs, Loire-inférieure, Vendée; 7 francs Calvados, Charente-Inférieure, Oise; 10 francs: Ain, Aisne, Drôme, Eure, Indre, Indre-et-Loire, Loire, Marne, Puy-de-Dôme, Pyrénées-Orientales, Saône (Haute), Vienne Yonne; 15 francs Gironde, Seine-inférieure.

Pharmacie. — D'une manière à peu près générale les réglemens laissent la liberté au malade de prendre ses médicaments indifféremment chez tout pharmacien ayant accepté le tarif. Dans le Loiret, la Drôme, la Somme, les pharmaciens sont désignés. Dans l'Aisne, les Pyrénées-Orientales, le pharmacien touche 1 franc par inscrit. Les tarifs sont approuvés par les conseils généraux; très peu ont encore rempli cette formalité.

La Gironde a pris le tarif, septième édition des pharmaciens de Bordeaux pour les sociétés avec un rabais de 5 pour 100; de même l'Indre-et-Loire, celui de Tours, avec

30 pour 100. Les Vosges, le Lot, la Loire-Inférieure, le Finistère, la Vienne, ont adopté un tarif, les trois premiers départements avec un rabais de 20 pour 100; le tarif de la Loire-Inférieure ne nous paraît pas comporter cette réduction. La Savoie a pris le tarif de la compagnie P.-L.-M.

Commission de vérification. — Composée le plus souvent du Préfet, président, de conseillers généraux élus par leurs collègues, ou nommés par le Préfet, de médecins et de pharmaciens désignés au choix du Préfet par leurs confrères.

L'inspecteur du service, des personnes notables, sont aussi fréquemment adjoints à cette commission. Les médecins et les pharmaciens sont autant que possible pris parmi ceux n'exerçant plus.

Dans quelques départements un pharmacien est désigné pour vérifier les mémoires de médicaments.

Contrôle du service. — Le conseil supérieur de l'assistance publique a reconnu, à diverses reprises, la nécessité qu'il y aurait à créer dans chaque département des inspecteurs de l'assistance et à confier ce service à des hommes compétents. La raison financière a jusqu'ici été un obstacle à cette création et un certain nombre de départements se sont vus dans l'obligation de confier le contrôle de l'assistance médicale aux inspecteurs des enfants assistés, qui, il faut bien le reconnaître, sont presque partout bien étrangers à ces questions. Plusieurs départements ont décidé la création de directeurs ou d'inspecteurs spéciaux (Ille-et-Vilaine, Indre, Loiret, Lot), pris parmi des Docteurs en médecine. C'est le seul moyen d'assurer le bon fonctionne-

ment des réglemens et de ne pas laisser une loi excellente s'en aller bientôt à la dérive et tomber dans l'oubli.

Nous voulons signaler en terminant l'excellente disposition suivante, introduite dans le règlement du département de l'Ain : Ne pourront être inscrites, sur les listes de l'assistance médicale gratuite, les personnes membres d'une société de secours mutuels ou pouvant en faire partie soit par leur âge, leur état de santé, soit par la possibilité où elles se trouvent, de payer leur cotisation à une société établie dans leur commune.

N'est-ce pas là le meilleur moyen de faire disparaître cette opinion, bien fondée à notre avis, que la loi du 15 juillet amènera l'abandon des sociétés de secours mutuels de la part d'individus espérant trouver sans aucun frais avec l'assistance médicale les soins qu'ils paient, en réalité, avec ces sociétés. Danger incontestable, si on n'y prend garde, et pour la prospérité des sociétés de secours mutuels et surtout pour l'avenir, peu rassurant peut-être, de cette belle institution de l'assistance, dont nous devons avoir à cœur d'aplanir, dès maintenant, toutes les difficultés, tous les obstacles qu'elle pourra trouver sur son chemin.

Vu : le Président de la thèse,
BROUARDEL

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GREARD

H. JOUVE, imp. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris.

